

Kirjallisuuskatsaus siirtokarjalaisten terveydestä ennen evakuinteja ja niiden jälkeen

Henna-Kaarina Kääriäinen LK

Hjelt-instituutti

Helsinki 4.3.2013

Tutkielma

henna.kaariainen@helsinki.fi

Ohjaaja: Jari Haukka, yliopistonlehtori, dos., Hjelt-instituutti

HELSINGIN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET

Tiedekunta/Osasto ☐ Fakultet/Sektion – Faculty		Laitos ☐ Institution – Department	
Lääketieteellinen tiedekunta		Hjelt-instituutti	
Tekijä☐☐☐Författare – Author			
Henna-Kaarina Kääriäinen			
Työn nimi☐☐ Arbetets titel – Title			
Kirjallisuuskatsaus siirtokarjalaisten terveydestä ennen evakointeja ja niiden jälkeen			
Oppiaine ☐ Läroämne – Subject			
Kansanterveystiede			
Työn laji☐☐ Arbetets art – Level	Aika☐☐ Datum – Month and year	Sivumäärä☐Sidoantal - Number of pages	
Syventävä tutkielma	4.3.2013	51+11	
Tiivistelmä☐☐ Referat – Abstract			
<p>Suomeen muodostui vuosina 1939–1944 talvi- ja jatkosodan sotatoimien ja alueluovutusten myötä siirtokarjalainen väestöryhmä, joka oli sijoitettava pysyvästi uusille asuinalueille. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, millainen oli luovutetun Karjalan väestön terveydentila ennen siirtolaisuutta ja sen jälkeen, miten siirtokarjalaisten sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen on onnistunut ja mitä terveysvaikutuksia pakkoevakuoinneilla on ollut. Tutkimus toimii esiselvitystyönä rekisteripohjaiselle tutkimukselle siirtolaisuuden vaikutuksesta aikuisiän terveyteen ja sosiaaliseen asemaan. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja analysoimalla Lääkintöhallituksen vuosikirjojen tilastotietoja. Tulokset osoittivat erityisesti pakoon perustuvaan siirtolaisuuteen liittyvän merkittäviä mielenterveyshaittoja, jotka voivat ilmetä erilaisina psyykkisinä sairauksina. Lisäksi ilmeni, että Karjalan alueen asukkaiden terveydentila oli osittain heikompi koko Suomen tilanteeseen verrattuna jo ennen siirtolaisuutta; esimerkiksi alueen kuolleisuus oli keskimääräistä korkeampi. Tulosten perusteella karjalaisen siirtoväen sulautuminen suomalaiseen yhteiskuntaan on onnistunut hyvin ainakin sosioekonomisella tasolla. Kuitenkin siirtokarjalaisilla todettiin olevan 15 % korkeampi sepelvaltimotautikuolleisuus asuinpaikasta riippumatta ja 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa siirtokarjalaismiesten keskuudessa nähtiin ylikuolleisuuspiikki. Pohdinta-osiossa käsitellään saatujen tulosten taustatekijöitä ja merkitystä, sekä ehdotetaan uusia tutkimusaiheita siirtokarjalaisuuteen liittyen.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords			
Immigration and Emigration, Settlement and Resettlement, Social Adjustment, Excess Mortality			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited			
Helda -Helsingin yliopiston digitaalinen arkisto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
1.1 Siirtolaisuuden käsitteistä	2
1.2 Historialliset taustatekijät	3
2 Aineisto ja menetelmät	6
2.1 Kirjallisuushaut siirtolaisuuden terveysvaikutuksista	6
2.2 Aineisto karjalaisuuteen liittyen	9
3 Tulokset	11
3.1 Siirtolaisuuden terveysvaikutukset	11
3.2 Karjalan väestön terveydentila ennen siirtolaisuutta	14
3.3 Siirtokarjalaisten sopeutuminen	29
3.4 Siirtokarjalaisten terveydentila	33
4 Yhteenveto	36
4.1 Metodologiset haasteet ja edut	36
4.2 Pohdinta	37
Lähteet	46
Liitteet	52

1 JOHDANTO

Siirtolaisuus on yksilötasolla niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosioekonomisestikin mullistava kokemus. Siirtolaisuus eri muotoineen on noussut yksittäisissä yhteiskunnissa ja globaalilla tasolla yhä merkittävämmäksi teemaksi. Vuoden 2009 loppuun mennessä maailmassa arvioitiin olevan yhteensä 43,3 miljoonaa pakolaista. Tämä luku koostui 15,2 miljoonasta kotimaansa rajat ylittäneestä pakolaisesta, 983 000 turvapaikan hakijasta ja 27,1 miljoonasta maansisäisestä pakolaisesta. (1)

Suomeen muodostui vuosina 1939–1944 talvi- ja jatkosodan sotatoimien ja alueluovutusten myötä siirtokarjalainen väestöryhmä, joka käsitti noin 406 000 henkilöä Kannaksen, Keski- ja Raja-Karjalan evakuoituilta alueilta. Evakuoinnit ja niiden jälkeiset siirtoväen sijoitus- ja asutustoimenpiteet olivat kansainvälisesti tarkastellen monessa mielessä poikkeuksellisesti toteutettuja. Suuri väestöryhmä siirrettiin yhtäaikaaisesti lyhyen ajan kuluessa kotimaansa rajojen sisäpuolella, mutta suuria tai pysyviä pakolaisleirejä ei syntynyt, vaan siirtoväki majoitettiin alussa pääosin kantaväestön koteihin. Myöhemmin siirtokarjalaiset pyrittiin sijoittamaan luonnonoloiltaan menetettyä kotiseutua mahdollisimman hyvin vastaaville alueille. Valtiollinen lainsäädäntö ohjasi asuttamista, takasi osalle siirtolaisista uutta viljelysmaata menetetyn tilalle sekä pyrki korvaamaan evakuoinnin aiheuttamia taloudellisia menetyksiä. Merkittävää oli, että siirtoväkeä pidettiin tasavertaisena muiden suomalaisten kanssa, ja siirtolaiset saivat osallistua täysivaltaisesti yhteiskunnalliseen päätöksentekoon myös omaa tilannettaan koskevista asioista.(2)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyritään selvittämään, millainen oli luovutetun Karjalan väestön terveydentila ennen siirtolaisuutta ja sen jälkeen, miten siirtokarjalaisten sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen on onnistunut, ja mitä terveysvaikutuksia pakkoevakuoinneilla mahdollisesti on ollut. Tutkimus toimii esiselvitystyönä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Helsingin yliopiston ja Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen uudelle rekisteripohjaiselle tutkimukselle ”Siirtolaisuuden vaikutus aikuisiän terveyteen ja sosiaaliseen asemaan”.

Tutkimuksessa käsitellään neljää aihepiiriä. Ensimmäiseksi luodaan yleiskatsaus siirtolaisuuden tunnettuihin terveysvaikutuksiin sähköisistä tietokannoista kerätyn

aineiston avulla. Toisessa osiossa keskitytään kuvaamaan luovutetun Karjalan väestön terveydentilaa ennen evakuointiin johtaneita sotia käyttämällä hyväksi alueellisia kuolleisuustietoja ja muita terveyteen ja sairastavuuteen liittyviä tilastotietoja 1920- ja 1930-luvuilta. Kolmas aihepiiri käsittelee siirtokarjalaisten sopeutumista uuteen asuinpaikkaansa ja elämäntilanteeseensa pohjautuen aiheesta tehtyihin sosiologisiin tutkimuksiin. Neljännessä osiossa pyritään kiteyttämään se, mitä tiedetään tähän mennessä pysyvän evakuoinnin vaikutuksista siirtokarjalaisten terveyteen aiheeseen liittyvän kirjallisuuden perusteella. Pohdinta-osiossa kootaan yhteen päätelmät eri aihepiirien osalta ja käsitellään saatujen tulosten taustatekijöitä ja merkitystä.

1.1 Siirtolaisuuden käsitteistä

Siirtoväki-käsite kuvaa ihmisryhmää, joka on pakon sanelemana ja pysyvästi joutunut jättämään kotinsa sodan tai alueluovutusten vuoksi. Anglosaksisessa kirjallisuudessa siirtoväki-termiä vastaa parhaiten käsite *displaced persons* ja sen alaryhmä *internally displaced persons*, joka viittaa maan rajojen sisäpuolella pysyneeseen siirtoväkeen. (3)

Siirtolainen-termi (englanniksi *migrant*, *emigrant* tai *immigrant*) on laajempi yleiskäsite, joka viittaa Suomen kielitoimiston sanakirjan mukaan henkilöön, joka muuttaa pysyvästi toiselle paikkakunnalle kotimaassaan tai ulkomaille. Pakolainen-käsite (englanniksi *refugee*) taas määritellään edellä mainitussa sanakirjassa rotunsa, uskontonsa, mielipiteidensä tai muun vastaavan syyn vuoksi vainoa peläten vieraaseen maahan paenneeksi henkilöksi.

Kansankielessä käytetty evakko-termi on syntynyt evakuoitu-sanasta ja viittaa useimmiten karjalaiseen siirtoväkeen. Siirtokarjalainen-termi on täsmällinen ja viittaa luovutetun Karjalan alueelta lähteneeseen siirtoväkeen. Puhekielessä siirtokarjalaisiin viitataan usein lyhennetyllä karjalaiset-nimityksellä, jota käytetään myös nykyisten Pohjois- ja Etelä-Karjalan asukkaista. (4) Tässä tutkimuksessa suositetaan siirtokarjalainen-termiä.

1.2 Historialliset taustatekijät

1.2.1 Karjalan alueen maantiede ja kulttuuri

Historiallinen Karjalan maakunta jaotellaan tavallisesti Etelä-Karjalaan, Laatokan Karjalaan ja Pohjois-Karjalaan. Sotien jälkeen Suomeen kuuluviksi jäivät Pohjois-Karjala ja osa Etelä-Karjalasta. Luovutetun Karjalan alue jaetaan usein vielä Karjalan Kannakseen, Keski- ja Raja-Karjalaan. (5) Keski-Karjalan aluetta kutsutaan myös Laatokan Karjalaksi. Kartat luovutetusta Karjalasta ja sen aluejaosta ovat nähtävissä liitteissä 1 ja 2.

Karjala on jo vuosisatojen ajan ollut itäisen ja läntisen kulttuurin kohtaamisaluetta. Viipurin kaupunki ja Kannaksen läntiset ja eteläiset osat ovat olleet läntisen kulttuurin vaikutuspiirissä jo vuoden 1323 Pähkinäsaaren rauhasta lähtien, kun taas tässä rauhansopimuksessa määritellyn rajalinjan pohjoispuolelle jääneet Kannaksen itäiset osat sekä Keski- ja Raja-Karjala liitettiin osaksi Ruotsin valtakuntaa vasta 1600-luvulla (6). Toisaalta Karjalaan on saapunut runsaasti vaikutteita itärajan takaa Venäjältä. Etenkin Viipurin kaupungin ja muun Kannaksen sekä Pietarin välillä on ollut monipuolista kanssakäymistä. Viipuriin muutti runsaasti uutta väestöä myös muualta Suomesta ja kaupunki kasvoi vuoteen 1939 mennessä maan toiseksi suurimmaksi. Raja-Karjala oli luovutetun Karjalan alueista yhtenäisin ja syrjäisen sijaintinsa vuoksi myös alikehittynein. Raja-Karjalan väestö kuului yleisesti ortodoksiseen kirkkoon toisin kuin muun Karjalan väestö. Keski-Karjala oli pääosin vanhaa maatalousaluetta. (7)

1.2.2 Suomen siirtoväki talvi- ja jatkosodissa

Talvi- ja jatkosodan aikana vuosina 1939–1944 Suomessa oli noin 422 600 siirtoväkeen kuuluvaa henkilöä, mikä käsitti yli 11 % maan silloisesta väkiluvusta. Siirtoväki koostui Karjalan siirtoväen lisäksi Sallan, Kuusamon, Petsamon, Suomenlahden ulkosaarien ja Porkkalan evakuoituista väestöistä, mutta siirtokarjalaiset muodostivat lukumäärällisesti ehdottomasti suurimman osan siirtoväestä (406 00 henkilöä). Evakuinteja toteutettiin ensin väestön siirtämiseksi turvaan sotatoimien tieltä, mutta myöhemmin tilanteesta tuli pysyvä rauhansopimuksessa määriteltyjen alueluovutusten

vuoksi. Ainoastaan Porkkalan väestö on pystynyt palaamaan kotiseudulleen Neuvostoliiton luopuessa vuokralle annetusta alueesta vuonna 1956. (4)

1.2.3 Siirtokarjalaisten vaiheet talvi- ja jatkosodissa

Siirtokarjalainen väestö lähti ensimmäiselle evakkomatkalleen heti talvisodan puhjettua 30.11.1939. Evakuointi alkoi Karjalan kannakselta ja levisi myöhemmin Keski- ja Raja-Karjalaan. Evakuoinnin ajateltiin sodan aikana olleen vain väliaikainen järjestely, mutta 12. maaliskuuta 1940 Moskovan rauhansopimuksen jälkeen kävi ilmeiseksi, että luovutettavan Karjalan väestö oli nopeassa tahdissa evakuoitava kotiseuduiltaan pysyvästi. Siirtoväki asetettiin yhteismajoituksiin esimerkiksi kouluihin tai yksityisten ihmisten koteihin. (8) Siirtoväen lopulliseksi sijoittamiseksi laadittiin pika-asutuslaki, jonka tavoitteena oli hankkia uutta viljelysmaata maataloudesta toimeentulonsa saaneelle siirtoväen osalle. Asuttaminen jäi kuitenkin kesken jatkosodan puhjettua. (9)

Jatkosodan aikana vuosina 1941–44 yli 65 % luovutetun Karjalan alkuperäisväestöstä palasi kotiseudulleen, ja jälleenrakennus oli voimakasta. Kesäkuussa 1944 alkanut Neuvostoliiton suurhyökkäys johti kuitenkin toiseen, lopulliseen evakuointiin, joka tapahtui pääasiallisesti hallitummin ja paremmissa olosuhteissa kuin ensimmäinen evakuointi. (10)

1.2.4 Siirtoväen sijoittaminen ja sijoittuminen

Kesällä 1945 siirtokarjalaisten tulevaisuus alkoi hahmottua, kun hyväksyttiin siirtoväen kuntakohtainen sijoitussuunnitelma sekä maanhankintalaki. Maatalousväestön sijoitussuunnitelmassa oli tavoitteena sijoittaa maansaantiin oikeutettu siirtoväki kunnittain luonnonolosuhteiltaan, liikenneyhteyksiltään ja taloudellisilta edellytyksiltään menetettyä kotiseutua vastaavalle alueelle. Lisäksi huomioitiin sijoitusalueen uskonto- ja kielikysymykset. Maanhankintalain mukaan maansaantiin oli oikeutettu se osa siirtoväestä, joka oli saanut pääasiallisen toimeentulonsa maataloudesta, mikä käsitti noin 35 % kaikesta siirtoväestä. Kaupunkilais- tai

teollisuusväestöön kuuluneet siirtokarjalaiset eivät olleet oikeutettuja maansaantiin, vaan he saivat vapaasti hakeutua alueille, joilla toimeentulo oli mahdollista. (11)

Kaikkiaan siirtoväen asutuspolitiikan seurauksena Suomeen muodostettiin lähes 100 000 uutta tilaa vuoteen 1951 mennessä. Suurimmat maanluovuttajat olivat valtio ja yksityiset maanviljelijät. Etenkin maan keski- ja pohjoisosissa suuri osa uusista tiloista oli niin sanottuja kylmiä tiloja eli raivauskelpoista maata, jossa ei ollut valmista peltoa tai asuinrakennuksia. (12)

Maanhankintalain perusteella Karjalan Kannaksen siirtoväki sijoitettiin lähinnä lounaisiin lääneihin, keskikarjalaiset Suomen kaakkoisosiin ja rajakarjalaiset Itä-Suomeen, lähinnä Kuopion läänin alueelle. (13) Kartta siirtokarjalaisten sijoitussuunnitelmasta maanhankintalain perusteella on nähtävissä liitteessä 2. Myöhemmin vuosina siirtoväen vapaaehtoisen muuttoliikkeen kautta maaseudulle asettunut siirtoväki siirtyi voimakkaasti Etelä-Suomeen sekä Suomen kaakkoisosiin entisen Viipurin läänin jäljelle jääneille alueille. Siirtoväen sijoittumista kuvaamaan on hahmoteltu kuvitteellinen linjaa välille Uusikaupunki – Toijala – Heinola – Mikkeli – Savonlinna – Joensuu – Lieksa. Tämän linjan eteläpuolelle asettui runsaasti siirtokarjalaisia kun taas linjan pohjoispuolelta siirtoväkeä muutti paljon pois. (14)

Siirtoväen kaupunkilais- ja teollisuusväestöt hajaantuivat paljon laajemmalle kuin edellä kuvattu maaseudulla asuva väestö, eikä yhtä selviä alueellisia eroja voida osoittaa. Kuitenkin esimerkiksi myös vapaasti asuinpaikkansa valinnut Viipurin kaupungin väestö näyttää pääosin suosineen ja karttaneen samoja alueita kuin maalaissiirtoväki. Eniten viipurilaisia muutti muihin suuriin kaupunkeihin kuten Helsinkiin, Tampereelle ja Lahteen. (14)

Pohjanmaalle ja Lappiin asettui pysyvästi vain hyvin vähän siirtokarjalaista maalais- tai kaupunkilaisväestöä. Osittain tämän ilmiön syynä oli jatkosodan päättymisen jälkeen vuosina 1944–1945 saksalaisia vastaan käyty Lapin sota, jossa Lapin ja Oulun lääneistä evakuoitiin väliaikaisesti 56 500 henkeä Ruotsiin ja 111 500 henkeä Pohjanmaalle. Lapin sodan päättymisen jälkeenkin lappilaisen evakuoitun väestön palatessa kotiseudulleen Pohjois-Suomessa oli tehtävä raskas jälleenrakennustyö sodan tuhojen jäljiltä, eikä alueella ollut tarvittavia resursseja siirtokarjalaisen väestön asuttamiseen. (15)

Siirtoväkikysymyksen ratkaisua Suomessa helpottivat evakuoitujen yhtäaikainen siirto, sijoitettavien lukumäärän suhteellisen tarkka tunteminen, siirtyminen saman kansan ja kielen piirissä sekä Suomen suuri pinta-ala väkilukuun nähden ja uuden viljelyskelpoisen maan olemassaolo. (16) Kyseessä oli kuitenkin suuri ponnistus kolmesta sodasta toipuvassa ja raskaita sotakorvauksia maksavassa maassa.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Kirjallisuushaut siirtolaisuuden terveysvaikutuksista

Siirtolaisuuden terveysvaikutuksia on tutkittu runsaasti eri puolilla maailmaa erilaisissa tilanteissa. Tutkimusten runsauden ja kirjavuuden takia lähteitä etsittäessä keskityttiin mahdollisuuksien mukaan erityisesti tietoa kokoaviin systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyyseihin. Sopivaa kansainvälistä kirjallisuutta haettiin lääketieteellisistä Ovid Medline- sekä The Cochrane Library-tietokannoista ja suomalaista aineistoa Medic-tietokannasta. Alustavien hakujen jälkeen artikkeli karsittiin pois, jos siirtolaisuus ei tiivistelmän perusteella osoittautunut tutkimuksen kantavaksi teemaksi, jos artikkeli käsitteli terveysinterventioiden tuloksia tai sairauksien hoitomalleja tai jos artikkeli ei ollut suomen-, ruotsin-, englannin-, tai saksankielinen. Koska tämä tutkimus painottui suomalaisiin siirtolaisiin ja erityisesti karjalaiseen siirtoväkeen, tiivistelmien lukuvaiheessa karsittiin pois myös useita artikkeleita, joista saatua tietoa olisi ollut vaikeaa soveltaa siirtokarjalaisten tilanteeseen. Esimerkiksi kehitysmaiden pakolaisleirien olosuhteisiin keskittyvät tutkimukset olivat karsittujen joukossa. Aikarajoitusta ei asetettu ja haut suoritettiin heinäkuussa 2010.

2.1.1 Hakustrategiat

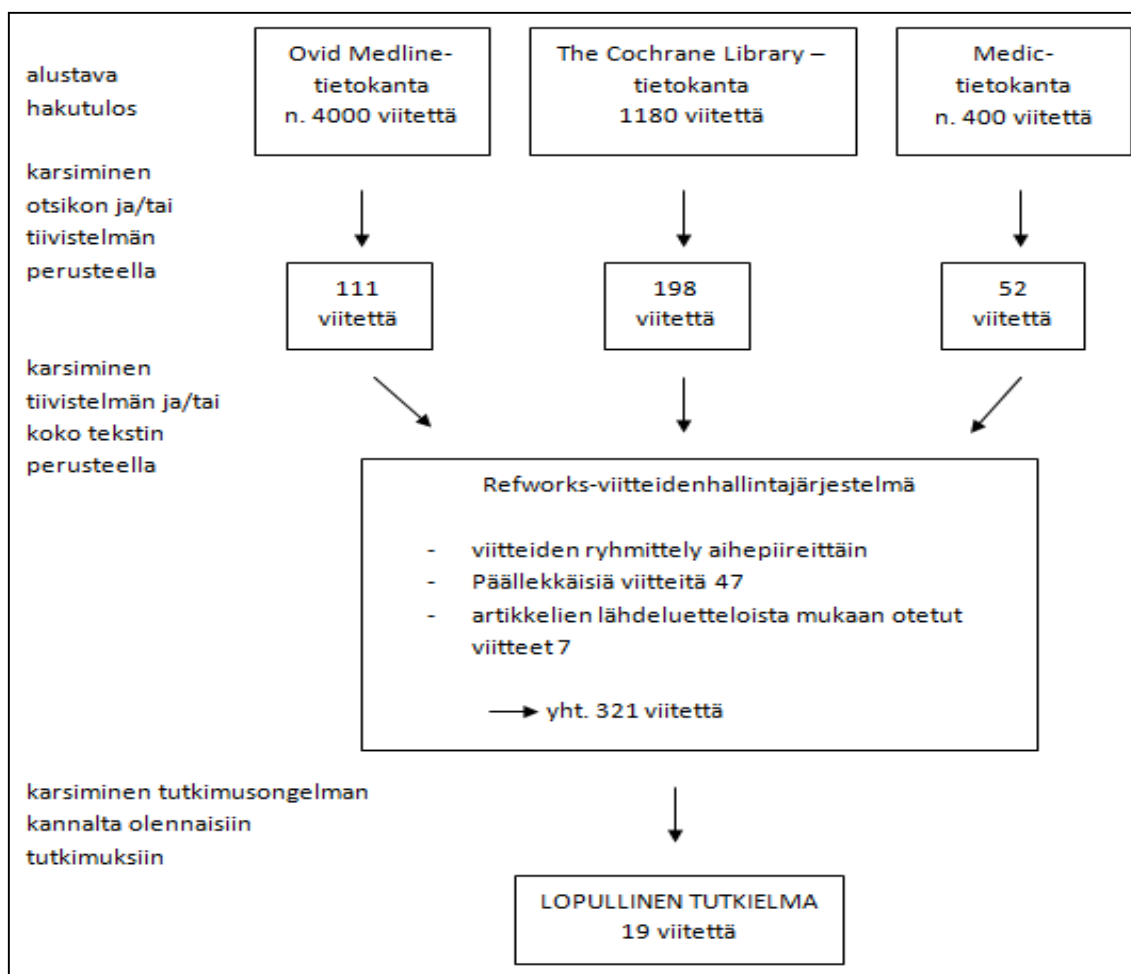
Ovid Medline-tietokannassa suoritettiin haku käyttämällä hakusanoja *migration, immigration, emigration, migrant, immigrant, refugee, minority, forced displacement, forced migration, post-traumatic stress disorder, war* ja *internally displaced person* sekä näiden sanojen sopivia sanakatkaisuja. Haut toteutettiin indeksoituina MESH-asiasanoina (hakukentässä sanan perässä merkinä /), kun tämä oli mahdollista (*Emigration and Immigration/, Refugees/, Stress Disorders, Post-Traumatic/* ja *War/*). Muuten käytettiin myös hyödylliseksi osoittautunutta asiasanahakua (hakukentässä sanan perässä .mp-merkki), jolloin hakutermi esiintyi tutkimuksen otsikossa, tiivistelmässä tai avainsanalistassa, ja joka otti huomioon myös tuoreimmat, vielä indeksoimattomat julkaisut. Yhteensä Ovid Medline-hauilla saatiin tulokseksi yli 1400 siirtolaisten terveyttä käsittelevää artikkelia, joiden otsikot tai tiivistelmät luettiin relevanttien tulosten löytämiseksi. Määritettyjen kriteerien mukaan karsimalla jäljelle jäi 111 artikkelia, jotka olivat tyypiltään meta-analyyseja, systemaattisia katsauksia tai muita alkuperäistutkimuksia.

The Cochrane Library-tietokannassa haut suoritettiin hakusanoilla *migration, immigration, emigration* ja *refugee* sanakatkaisua käyttäen. Tuloksena oli 1180 viitettä, joissa oli mukana useita epärelevantteja tutkimuksia. Hakua rajattiin NOT-operaattorilla, jolloin esimerkiksi runsaasti ortopedisiä ja solubiologiaan liittyviä tutkimuksia karsiutui pois. Lopulta tutustuttiin tarkemmin 198 viitteeseen. Tutkimukset olivat tyypiltään systemaattisia katsauksia.

Medic-tietokantaa hyödynnettiin tämän tutkimuksen usean eri osion kohdalla. Siirtolaisuuden terveysvaikutuksia tutkittaessa käytettiin hakusanoja *siirtolainen, siirtoväki, pakolainen, evakuointi, evakko, maahanmuutto* ja *maastamuutto* sekä englanninkielisinä hakutermeinä *immigration, immigrant, emigration, emigrant, migration* ja *migrant* sopivin sanakatkaisuin. Hauilla löytyi 437 viitettä, joista 52 käytiin tarkemmin läpi. Tutkimukset olivat tyypiltään alkuperäisartikkeleita.

2.1.2 Aineiston käsittely

Kirjallisuusviitteet ryhmiteltiin aihepiirin mukaan siirtolaisten mielenterveyttä, somaattisia sairauksia ja sosioekonomisia muutoksia käsitteleviin alaryhmiin. Ryhmittelyyn käytettiin Refworks-viitteidenhallintajärjestelmää, jonka avulla myös poistettiin eri tiedonhakuprosessien kautta syntyneet päällekkäiset viitteet (47 kpl). Ryhmittäin käsitellen perehdyttiin artikkeleihin yksitellen vähintään tiivistelmän tasolla ja manuaalisesti käytiin läpi myös artikkeleiden lähdeluettelot relevanttien tutkimusten löytämiseksi. Yhteensä tutustuttiin tarkemmin 321 kirjallisuusviitteeseen. Lopulliseen työhön otettiin mukaan 19 tutkimusaiheen kannalta relevanttia kirjallisuusviitettä. Tiedon keräämisen ja analysoinnin eri vaiheet ovat nähtävissä kuvassa 1.



Kuva 1. Tiedon haku- ja käsittelyprosessi siirtolaisuuden terveysvaikutuksia käsittelevien tutkimusten osalta.

2.2 Aineisto karjalaisuuteen liittyen

Siirtokarjalaisten sopeutumiseen ja terveyteen sekä alueellisiin kuolleisuuseroihin liittyvää aineistoa etsittiin Helsingin yliopiston kirjaston, Kansalliskirjaston ja muiden Helsingin tieteellisten kirjastojen muodostamasta Helka-tietokannasta sekä Medic-tietokannasta. Hakusanoina käytettiin sanakatkaisuin sanoja *siirtolainen*, *siirtokarjalainen*, *siirtoväki*, *karjalainen*, *karjalaisuus*, *evakko*, *sopeutuminen*, *Karjala* sekä *terveys*, *sairastavuus*, *kuolleisuus*, *mortaliteetti*, *morbiditeetti*, *alueellinen*, *Itä-Suomi*, *itäsuomalainen*, *-suomalaisuus*, *terveysero* ja *kuolleisuusero*. Lisäksi aineistovinkkejä saatiin kirjojen ja artikkeleiden kirjallisuusviitteistä, vanhemmilta tutkijoilta ja Karjalan Liitosta.

2.2.1 Lääkintöhallituksen tilastovuosikirjat

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen kirjastossa tutustuttiin Lääkintöhallituksen tilastollisiin vuosikirjoihin. Tarkasteltavaksi ajanjaksoksi valittiin kaksi vuosikymmentä ennen talvisodan syttymistä eli 1920- ja 30-luku. Vuosikirjoja oli tältä ajanjaksolta saatavissa vuosilta 1920, -22, -24, -26, -28, -30, -32, -34, -36 ja -38. Näiltä vuosilta kerättiin lääneittäin seuraavat tilastotiedot: kurkkumätä-, tuhka- ja tulirokkotapausten lukumäärä, läänien väkiluku, syntyvyys, yli yksivuotiaiden ja imeväisten kuolleisuus, kuolleisuus tuberkuloosiin, suurimpien kaupunkien kolme yleisintä kuolinsyytä, psykiatriseen laitoshoitoon otettujen miesten ja naisten lukumäärä sekä lääkäreiden lukumäärä.

Suomessa oli tarkasteltavana ajanjaksona yhdeksän lääniä: Uudenmaan, Turun ja Porin, Hämeen, Viipurin, Mikkelin, Kuopion, Vaasan ja Oulun läänit. Lisäksi tiedot kerättiin erikseen Ahvenanmaan maakunnasta. Seuranta-ajan viimeisenä vuotena 1938 perustettiin lisäksi Lapin lääni entisen Oulun läänin jakautuessa Lapin ja Oulun lääneihin. Kartta lääneistä vuonna 1938 on nähtävissä Liitteessä 3. Tässä tutkimuksessa tilastotiedoista koostetuista kuvaajista Lapin läänin tulokset jätettiin pois selvyysyistä, koska yksittäisen vuoden tilastotieto Lapin läänistä ei olisi tuonut lisäarvoa tutkimuksen pääkohteena ollessa Viipurin läänin tilanteen arviointi muuhun Suomeen verrattuna.

Liitteenä olevissa taulukoissa Lapin läänin arvot ovat näkyvissä. Taulukoiden ja kuvaajien muodostamiseen käytettiin Microsoft Excel 2007 – taulukkolaskentaohjelmaa.

2.2.2 Aineisto siirtokarjalaisten sopeutumisesta

Siirtokarjalaisten sopeutumista käsittelevä aineisto tässä tutkimuksessa perustuu pääasiassa kolmeen kirjaan. Pääasiallisena lähde teoksena käytettiin vuonna 1952 ilmestynyttä Heikki Wariksen sosiologista tutkimusta ”Siirtoväen sopeutuminen”. Tutkimus toteutettiin kattavina mielipidetutkimuksina ja syvähaastatteluina vuosina 1949–1951. Siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten mielipiteitä koottiin kaikilta alueilta, joille siirtokarjalaisia oli sijoittunut. Syvähaastatteluita tehtiin maaseutuväestön suhteen Lapinlahdella ja Perttelissä sekä teollisuusväestön suhteen Valkeakoskella. (2)

Toisena tärkeänä lähde teoksena toimi Faina Jyrkilän tutkimus ”Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla”, jossa tarkastellaan 143 siirtokarjalaistilan asukkaiden fyysistä ja sosiaalista sopeutumista vuonna 1973. Tutkimusmenetelminä toimivat havainnoivat haastattelut, jotka toteutettiin Lapinlahden ja Maanangan alueella. Tutkimuksessa oli mukana 43 tilaa, jotka olivat osallistuneet myös Wariksen varhaisempaan tutkimukseen. Kirjan nimestä huolimatta Jyrkilän aineistossa on yhtä paljon kylmiä (72) kuin lämpimiä (71) tiloja. (17),(18)

Kolmas merkittävä tiedonlähde ja siirtokarjalaisten sopeutumista käsittelevä kirja oli vuonna 1994 julkaistu ”Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen” kirjoittajanaan Pirkko Sallinen-Gimpl. Teoksessa käsitellään siirtokarjalaisen identiteetin muutoksia, ja siirtokarjalaisen ja paikallisen kulttuurin kohtaamista ja yhteensulautumista. (19)

3 TULOKSET

3.1 Siirtolaisuuden terveysvaikutukset

3.1.1 Mielenterveys

Intuitiivisesti ajatellen siirtolaisuus on merkittävä psyykkinen kuormitustekijä siirtolaisuuden syystä riippumatta. Tutkimustulokset siirtolaisuuden mielenterveysvaikutuksista pääosin tukevat tätä ajatusta. Vuonna 2000 tehdyssä meta-analyysissä pakolaisten mielenterveysstatuksesta kaikki mukana olleet tutkimukset arvioivat pakolaisuudella olevan negatiivisia vaikutuksia mielenterveyteen; pakolaisilla ilmeni muun muassa traumaattista stressihäiriötä, masennusta, ahdistuneisuutta, psykooseja ja dissosiaatiohäiriötä (20).

Entisen Jugoslavian siirtolaisuutta käsittelevässä meta-analyysissä todettiin siirtolaisiksi joutuneilla olevan merkittävästi enemmän erilaisia mielenterveyshäiriöitä verrattuna väestönosaan, joka ei ollut joutunut pakkosiirron kohteeksi. Lisäksi kotimaan ulkopuolelle siirrettyillä henkilöillä oli enemmän mielenterveysongelmia kuin kotimaansa rajojen sisäpuolella siirrettyillä. Muiksi mielenterveyshäiriöiden riskiä lisääviksi tekijöiksi osoittautuivat mm. pakolaisleirille sijoittaminen yksityisiin koteihin sijoittamisen sijaan sekä runsas altistuminen sotatoimille. (21)

Laajassa meta-analyysissä todettiin maahanmuuttajilla olevan suurentunut riski sairastua skitsofreniaan, ja tämä riski oli jopa suurempi toisen sukupolven siirtolaisilla ensimmäisen sukupolven siirtolaisiin verrattuna. Ensimmäisen siirtolaissukupolven suhteellinen riskiluku (RR) oli tutkimuksessa 2,7 (95 % luottamusväli 2,3–3,2) ja toisen siirtolaissukupolven 4,5 (1,5–13,1). Lisäksi meta-analyysissä todettiin skitsofreniariskin olevan korkeampi kehitysmaista tulleilla siirtolaisilla, joilla suhteellinen riskiluku oli 3,3 (2,8–3,9). (22)

Länsimaihin sijoittuneilla pakolaisilla on todettu olevan noin kymmenkertainen riski traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen maan muuhun väestöön verrattuna (23). Kehitysmaiden siirtolaisia ja pakolaisia käsittelevissä tutkimuksissa traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydeksi on saatu erittäin korkeita lukuja, esimerkiksi Ugandan

siirtolaisista 54 % täytti traumaattisen stressihäiriön kriteerit ja masennuksesta kärsi 67 %. (24) Traumaattiselle stressihäiriölle altistavat erityisesti toistuvat traumat, naissukupuoli ja korkea ikä (25). Haitalliset vaikutukset voivat siirtyä myös seuraavaan sukupolveen, sillä traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivän henkilön lapsella on myös suurentunut riski sairastua samaan sairauteen (26).

Myös vapaaehtoiseen siirtolaisuuteen voi liittyä terveysriskejä; esimerkiksi irlantilaisilla siirtolaisilla Iso-Britanniassa on todettu olevan suurempi itsemurhariski kantaväestöön verrattuna (27). Suuri eurooppalainen meta-analyysi vuodelta 2009 totesi työperäisillä siirtolaisilla masennusta esiintyvän 20 %:lla ja ahdistuneisuushäiriöitä 21 %:lla. Saman tutkimuksen mukaan varsinaisten pakolaisten keskuudessa esiintymisluvut olivat kuitenkin vielä korkeammat: masennuksesta kärsi 44 % ja ahdistuneisuushäiriöistä 40 %. (28)

Siirtolaisuuden vaikutukset mielenterveyteen voivat säilyä koko eliniän. Saksalaisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin saksalaisten toisen maailmansodan aikaisten maansisäisten siirtolaisten mielenterveyttä vuonna 2009. Tutkimuksessa selvisi, että vielä 60 vuotta siirtolaisuuden jälkeenkin tällä väestöryhmällä oli merkittävästi enemmän ahdistushäiriöitä, pienempi psyykkisen kuormituksen sietokyky ja matalampi tyytyväisyystaso elämänsä suhteen. (29)

3.1.2 Somaattiset sairaudet

Pakon sanelemaan siirtolaisuuteen liittyy usein akuutteja somaattista terveyttä uhkaavia tekijöitä kuten puutteelliset hygieniaolosuhteet, infektiot ja sodan tai luonnonmullistusten muodostamat vaarat. Tässä tutkimuksessa keskityttiin etsimään pysyvään siirtolaisuuteen liittyviä pitkäaikaisterveysvaikutuksia. Siirtolaisuuden somaattisia pitkäaikaisvaikutuksia on kuitenkin tutkittu huomattavasti vähemmän ja heikommilla tutkimusasetelmilla kuin ilmiön psyykkisiä puolia (30).

Siirtolaisväestön elintavat saattavat siirtolaisuuden alussa olla keskimäärin kohdemaan väestöä terveellisemmät tai epäterveellisemmät, mutta ajan kuluessa siirtolaiset yleensä omaksuvat yhä enemmän uuden kotimaansa elintapoja, mikä samankaltaistaa

somaattista sairastavuutta siirtolais- ja kantaväestön välillä. (31) Kuitenkin myös joitain omaleimaisia piirteitä saattaa säilyä, ja esimerkiksi Ranskassa on todettu Välimeren seudulta tulleilla siirtolaisilla vähemmän kroonisia sairauksia ja pitempi elinajanodote, mikä saattaa osittain johtua siirtolaisten säilyttämästä välimerellisestä ruokavaliosta (32).

Suomesta siirtyi vuosina 1945–2000 liki 545 000 henkeä vapaaehtoisina siirtolaisina Ruotsiin. Muuttohuippu ajoittui vuosille 1965–1975 (33). Ruotsalaistutkimuksessa, jossa käsiteltiin kuolleisuutta Ruotsissa vuosina 1979–1993, todettiin suomalaissyntyisillä miehillä olevan korkeampi kuolleisuus kaikissa syylokuissa ja suomalaissyntyisillä naisilla olevan suurempi sydän- ja verisuonitautikuolleisuus ruotsalaiseen kantaväestöön verrattuna. Ero ei selittynyt iällä, siviilisäädellä tai sosioekonomisella asemalla, mutta saattaa liittyä geneettisiin taipumuksiin, erilaisiin elintapoihin tai itse siirtolaisuusprosessin aiheuttamaan kuormitukseen. (34)

Iso-Britanniassa tehdyssä systemaattisessa katsauksessa havaittiin afrokaribialaista alkuperää olevilla siirtolaisilla esiintyvän enemmän dementiaa verrattuna valkoiseen alkuperäiseen brittiväestöön (35). Siirtolaisilla on myös todettu olevan enemmän astmaattisia sairauksia kuin kohdemaan alkuperäisväestöllä. Sama ilmiö on nähtävissä eri rotua olevilla siirtolaisilla eri puolilla maailmaa. Tutkijat ehdottivat, että jokin antigeeni tai muu tekijä uudessa ympäristössä saattaa laukaista piilevän geneettisen atopia- ja astmataipumuksen. (36)

3.1.3 Sosioekonominen näkökulma

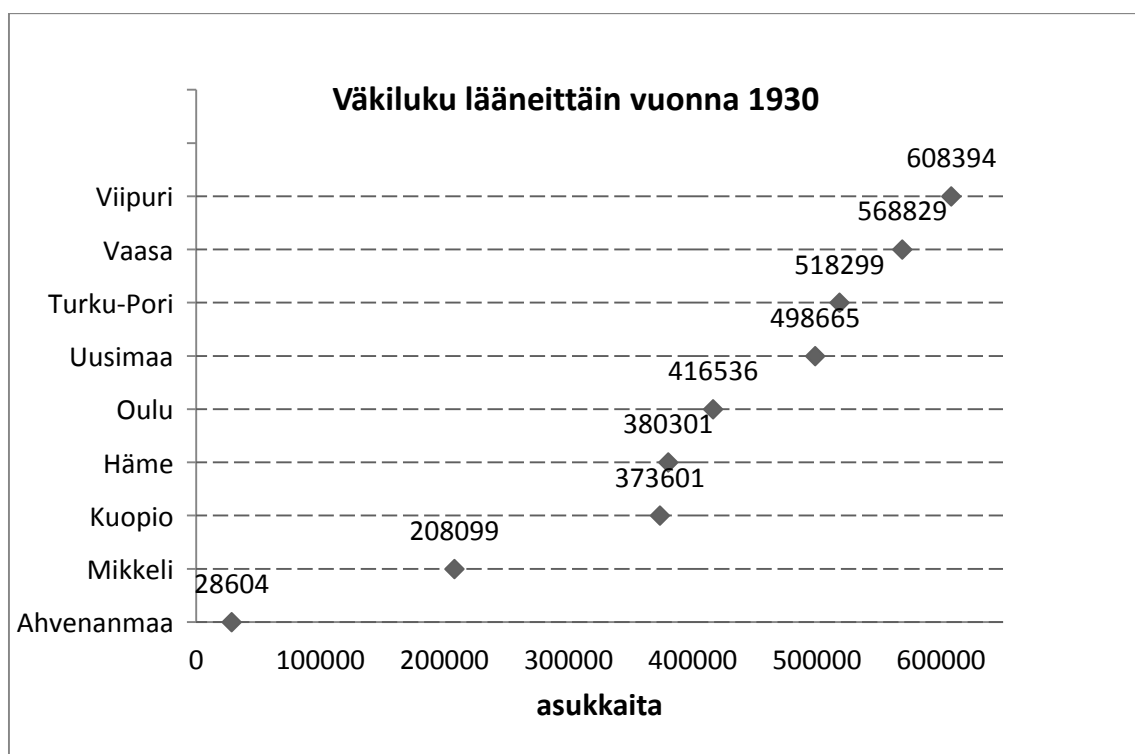
Ruotsalaistutkimuksessa todettiin siirtolaisuuden ja mielenterveyden häiriöiden yhteyden pohjautuvan nimenomaan siirtolaisten sosioekonomiseen asemaan siten, että heikommissa sosioekonomisissa asemassa olevat siirtolaiset kärsivät myös useammin mielenterveyden häiriöistä (37). Pakkosiirron jälkeiset olosuhteet vaikuttavat myös siirtolaisten mielenterveyteen. Globaalia siirtolaisuutta käsittelevässä meta-analyysissä todettiin mielenterveyden ongelmille altistavia tekijöitä olevan asuminen laitospaikoissa olosuhteissa, rajoittuneet taloudelliset mahdollisuudet ja aiempi korkea koulutustaso

ja/tai sosioekonominen asema, sijoittuminen oman maan rajojen sisäpuolelle, palaaminen takaisin lähtömaahan, alkuperäisen konfliktin ratkaisemattomuus, korkea ikä sekä naissukupuoli. (38)

3.2 Karjalan väestön terveydentila ennen siirtolaisuutta

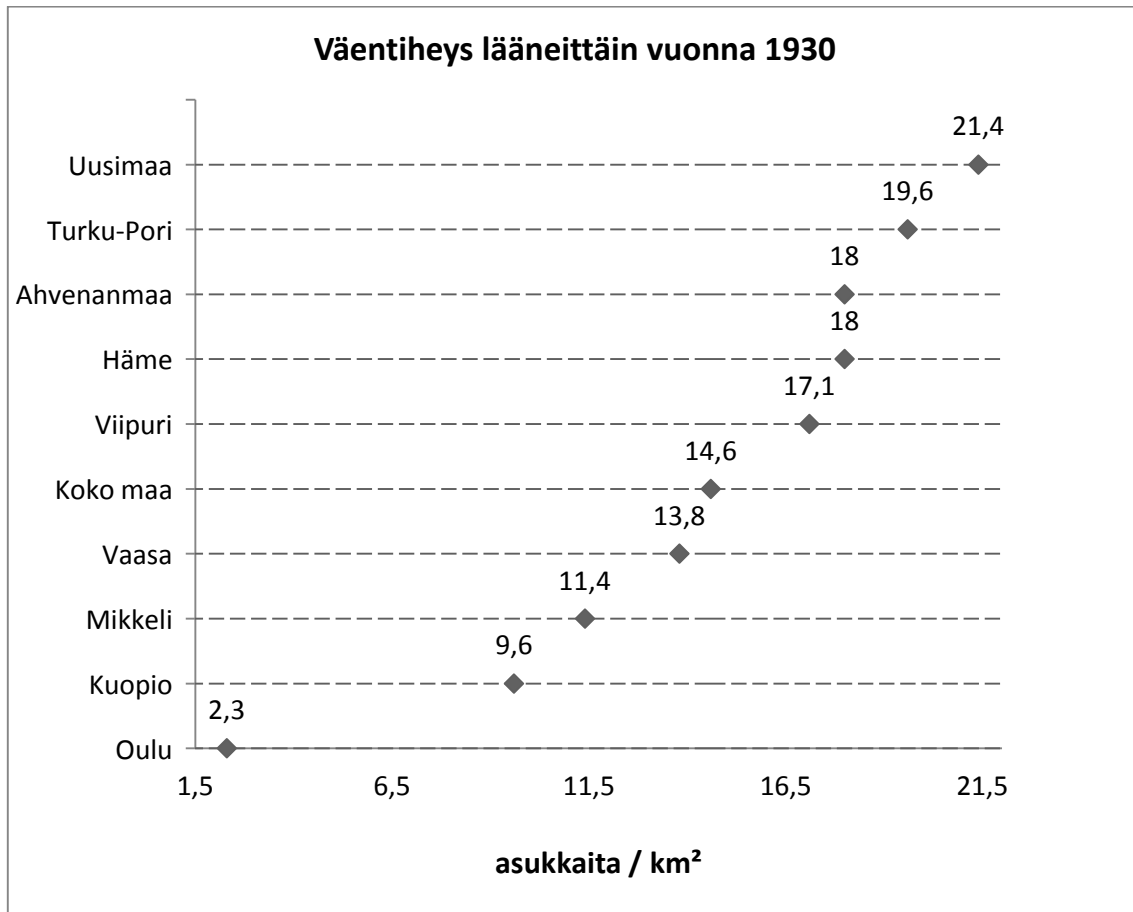
3.2.1 Läänien koko ja asukastiheys

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) kerättiin tiedot läänien väkiluvuista. Viipurin lääni oli koko seuranta-ajan vuosina 1920–1938 lääneistä väkiluvultaan suurin. Tarkemmat tiedot väkiluvun vuosittaisesta kehityksestä ovat nähtävissä Liitteessä 4. Kuvassa 2 esitetään läänien väkiluku seurannan kesivaiheilta vuonna 1930. Viipurin läänin lisäksi muita väkiluvultaan runsaita läänejä olivat Vaasan, Turun ja Porin sekä Uudenmaan läänit. Ahvenanmaa oli luonnollisesti väkiluvultaan pienin alue ja sen lisäksi Mikkelin lääni erottui muista lääneistä pienellä väkiluvullaan.



Kuva 2. Väkiluku lääneittäin vuonna 1930. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Kuvassa 3 nähdään väentiheys lääneittäin vuonna 1930. Viipurin läänin väentiheys oli 17,1 asukasta neliökilometriä kohden sijoittuen keskivaiheille kaikkien läänien vertailussa. Tiheimmin ihmiset asuivat Uudenmaan (21,4 asukasta/ km²) ja Turun ja Porin (19,6 asukasta/km²) lääneissä. Ylivoimaisesti pienin väentiheys oli Oulun läänissä, jossa asui vain 2,3 asukasta neliökilometrillä. Vuonna 1930 Oulun lääniin kuului vielä koko Oulun ja Lapin alue, mikä selittää matalan väentiheden.



Kuva 3. Väentiheys lääneittäin vuonna 1930. Lähde: Backman, W.; Savonen, S. Keuhkotaudin kulku Suomessa vuosina 1771–1929. (40)

3.2.2 Karjalan väestön kuolleisuus 1800-luvulla

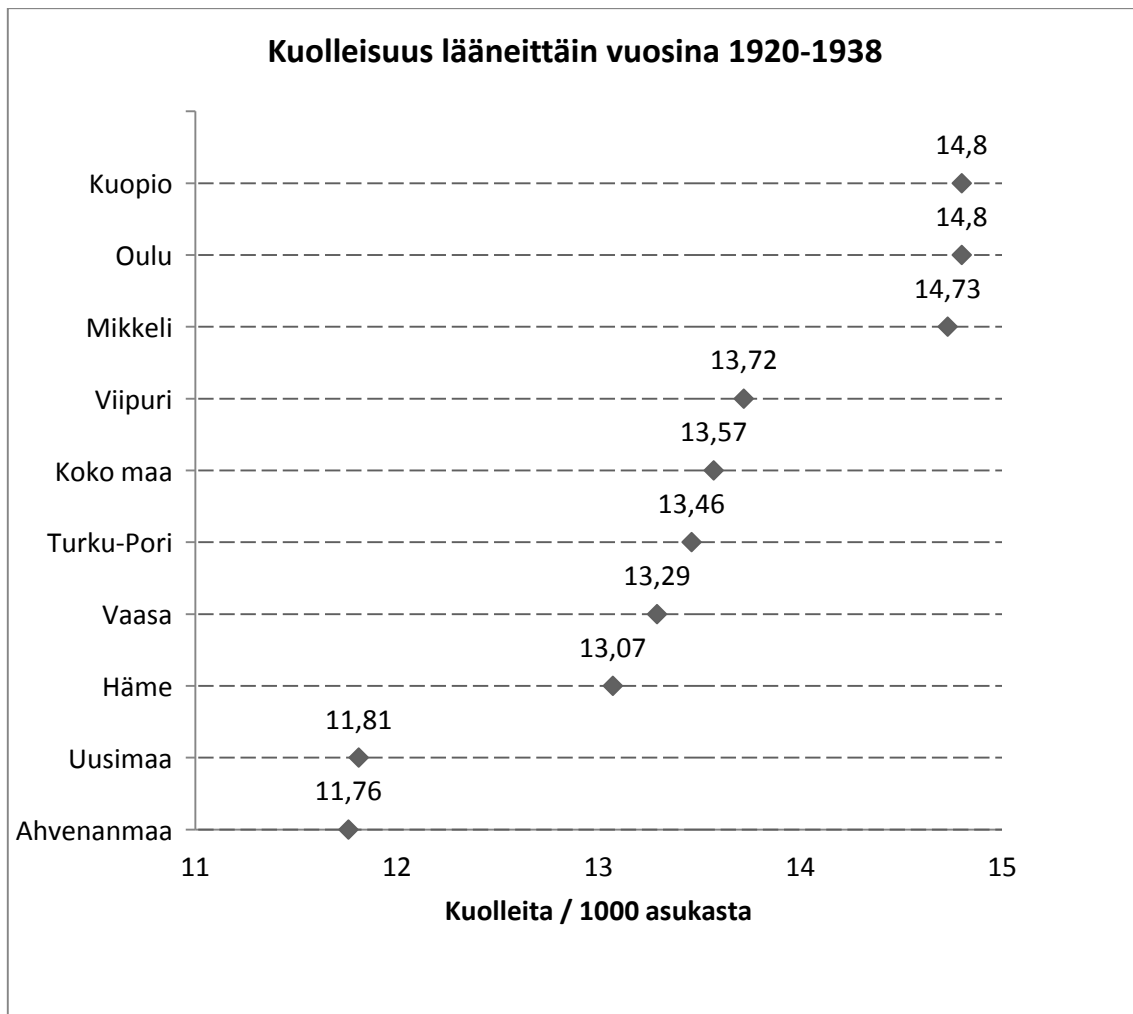
Vuonna 2000 julkaistussa suomalaisessa alkuperäistutkimuksessa tutkittiin kuolleisuuden alue-eroja Suomessa 1800-luvun alkupuolelta lähtien. Vuosina 1811–1870 vastasyntyneiden elinajanodote oli Viipurin läänissä naisilla 3,1 vuotta ja miehillä

2,5 vuotta matalampi koko maan keskimääräiseen elinajanodotteeseen verrattuna. Tällä ajanjaksolla Viipurin läänin naisilla oli maan alhaisin elinajanodote, joka oli jopa 7,3 vuotta lyhempi kuin pisimmän elinajanodotteen omaavilla ahvenanmaalaisilla naisilla. Yli 65-vuotaiden elinajanodote oli Viipurin läänissä maan lyhyin sekä miehillä että naisilla. Itse asiassa vuosina 1811–1870 Viipurin läänin asukkailla esiintyi ylikuolleisuutta maan keskimääräiseen tasoon verrattuna kaikissa ikäluokissa, myös imeväisillä. (41)

3.2.3 Syntyvyys ja kuolleisuus 1920- ja 1930-luvuilla

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) koottiin tietoa vuosilta 1920–1938 Viipurin läänin asukkaiden terveydentilasta ennen talvisodan syttymistä ja siirtolaisiksi joutumista. Tilastoista koostettiin keskimääräiset kuolleisuus- ja syntyvyysluvut koko tutkitulle ajanjaksolle 1920–1938. Tulokset esitetään suhdelukuna tuhatta asukasta kohden. Tarkemmat vuosikohtaiset tilastot kuolleisuudesta ja syntyvyydestä ovat nähtävissä liitteessä 5.

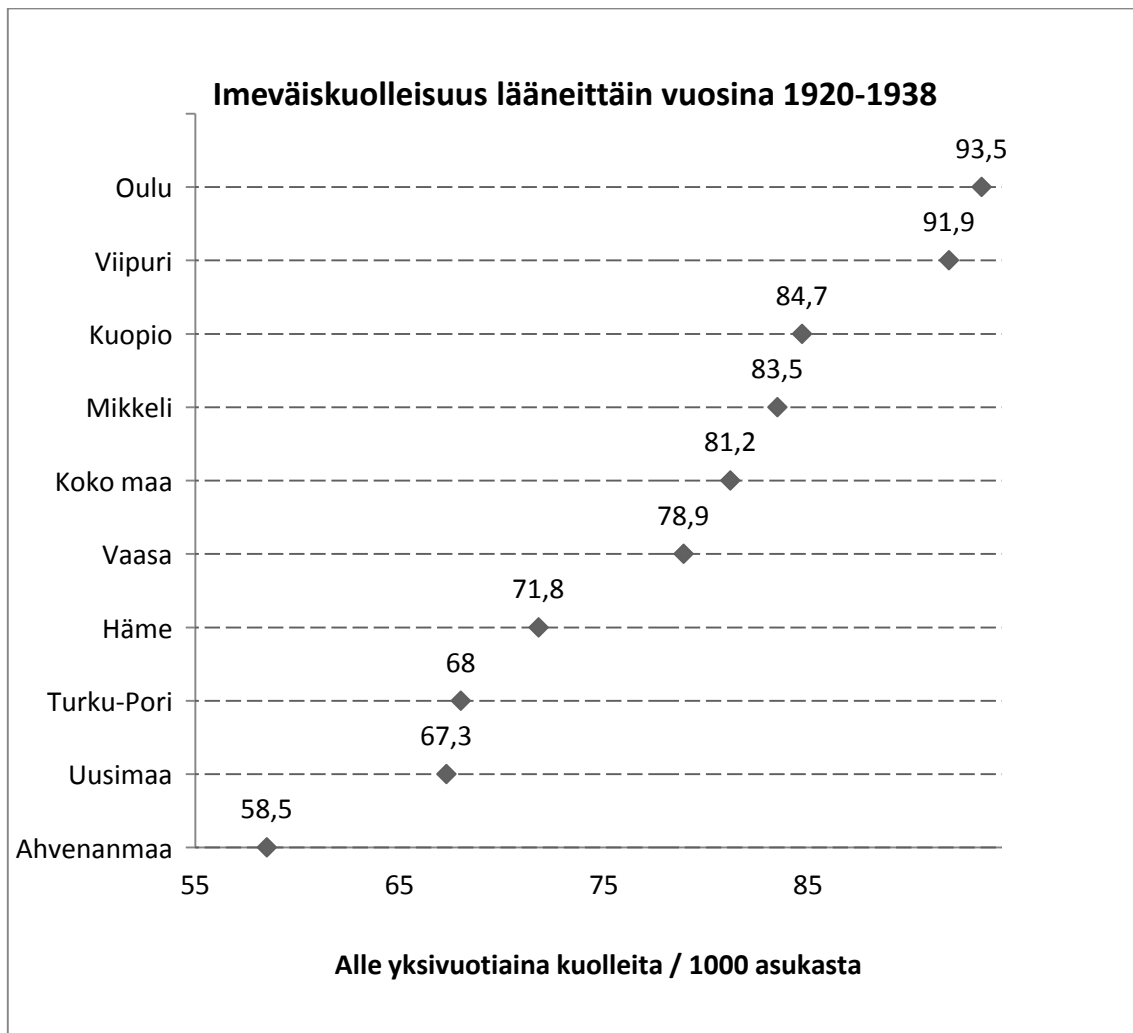
Kuvassa 4 verrataan yli yksivuotiaiden henkilöiden kuolleisuutta Viipurin läänissä muihin lääneihin ja koko maahan. Yli yksivuotiaiden kuolleisuus vuosina 1920–1938 Viipurin läänissä oli keskimäärin hieman maan keskitasoa korkeampi. Viipurin läänin kuolleisuus oli 13,72 tuhatta asukasta kohden maan keskitason ollessa 13,57 tuhatta asukasta kohden. Korkein kuolleisuusaste oli Kuopion (14,8/1000), Oulun (14,8/1000) ja Mikkelin (14,73/1000) lääneissä, jotka erottuivat muista lääneistä omaksi korkean kuolleisuuden ryhmäkseen. Ahvenanmaan maakunta (11,76/1000) ja Uudenmaan lääni (11,81/1000) edustivat omana joukkonaan pienimmän kuolleisuuden alueita muiden läänien sijoittuessa maan keskimääräisen kuolleisuustason lähelle.



Kuva 4. Kuolleisuus lääneittäin vuosina 1920–1938 yli yksivuotiailla. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Imeväiskuolleisuus eli alle yksivuotiaiden kuolleisuus esitetään kuvassa 5. Imeväiskuolleisuus oli Viipurin läänissä jokaisena mitattuna vuotena selvästi koko maan keskitasoa suurempi, ja vuosina 1922, 1924, 1926 ja 1930 Viipurin läänin imeväiskuolleisuus oli koko Suomen korkeimmalla tasolla. Ajanjakson keskimääräinen imeväiskuolleisuus oli Viipurin läänissä koko maan toiseksi suurin: 91,9 kuollutta imeväistä tuhatta asukasta kohden, kun koko maan keskitason oli 81,2 kuollutta imeväistä tuhatta asukasta kohden. Suurin imeväiskuolleisuus oli keskimäärin Oulun läänissä (93,5/1000) ja muita korkean imeväiskuolleisuuden alueita olivat Kuopion (84,7/1000) ja Mikkelin (83,5/1000) läänit. Matalin imeväiskuolleisuus oli Ahvenanmaalla (58,5/1000).

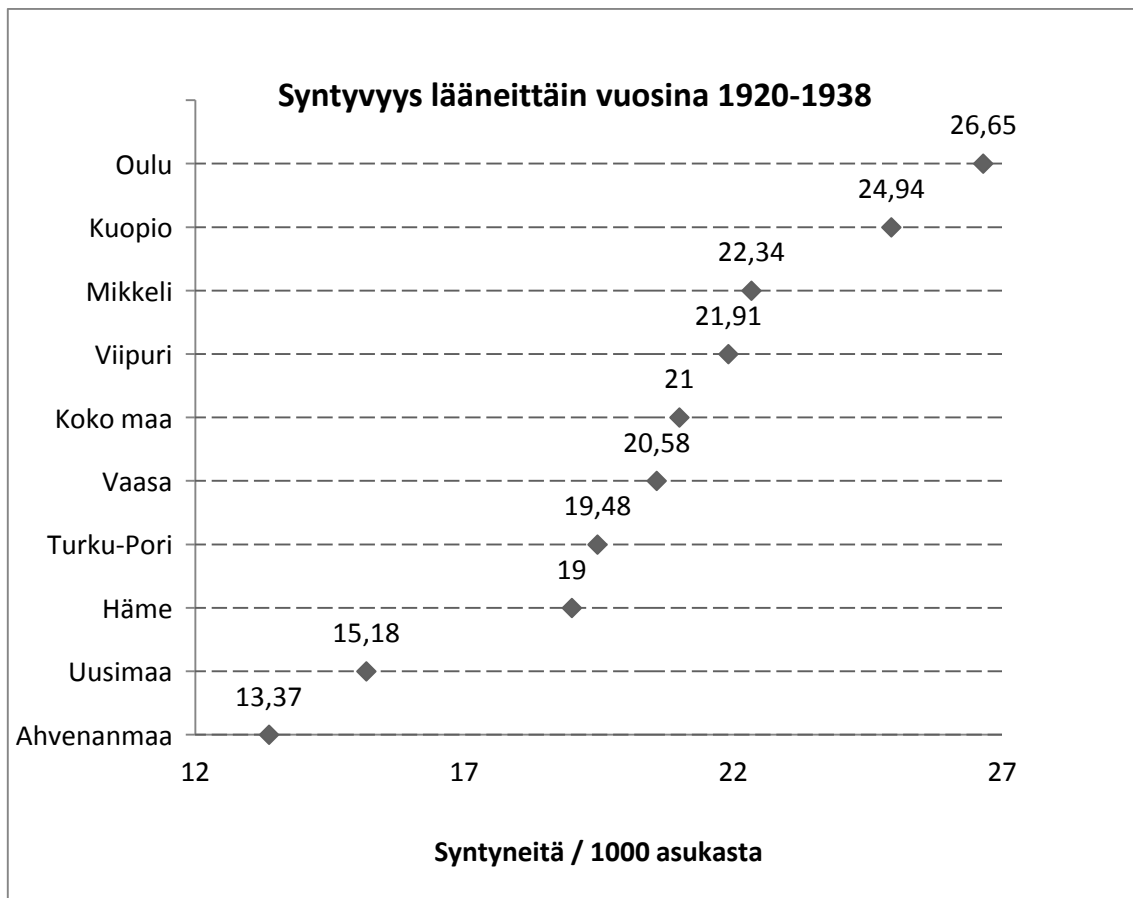
Korkeampi kuolleisuus oli siis kaikissa ikäryhmissä painottunut Itä- ja Pohjois-Suomen lääneihin Uudenmaan läänin ja Ahvenanmaan ollessa pienimmän kuolleisuuden aluetta. Maantieteellinen jakautuminen kuolleisuustasoissa näkyi erityisen selvästi yli yksivuotiaiden kuolleisuudessa.



Kuva 5. Imeväiskuolleisuus lääneittäin vuosina 1920–1938 alle yksivuotiailla. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Syntyvyystasot tutkitulla ajanjaksolla esitetään kuvassa 6. Syntyvyystaso oli Viipurin läänissä vuosina 1920–1938 hieman maan keskiarvoista korkeampi: keskimääräinen syntyvyystaso tuhatta asukasta kohtaan oli Viipurin läänissä 21,91 ja koko maassa 21,0. Syntyvyystasot noudattivat samaa maantieteellistä jakautumista kuin kuolleisuusarvot: itäisissä ja pohjoisissa Oulun (26,65/1000), Kuopion (24,94/1000) ja Mikkelin (22,34)

lääneissä oli korkein syntyvyys, ja Uudenmaan läänissä (15,18/1000) ja Ahvenanmaa maakunnassa (13,37/1000) matalin.



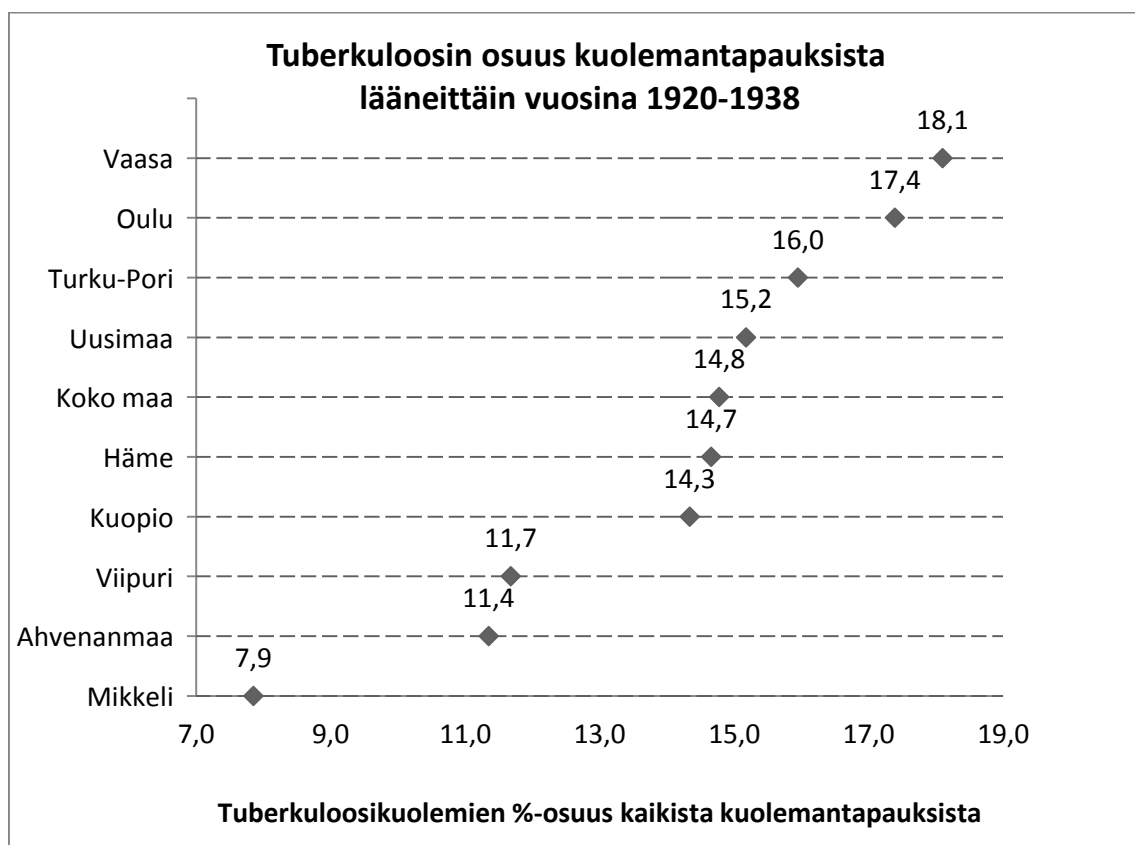
Kuva 6. Syntyvyys lääneittäin vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

3.2.4 Alueellinen tuberkuloosikuolleisuus

Tuberkuloosia levisi Suomeen 1800-luvun alussa sekä lännestä että idästä. Tauti saapui ensimmäiseksi Turun ja Porin, Uudenmaan ja Viipurin läänien suuriin kaupunkeihin leviten niistä vähitellen myös maalaisseuduille. Tuberkuloosikuolleisuuden huippu saavutettiin Viipurin läänin kaupungeissa jo vuosina 1811–1820 ja maaseudulla 1871–1880, ja sen jälkeen kuolleisuus laski tasaisesti. 1800-luvun puolivälissä korkeimmat tuberkuloosikuolleisuusalueet sijaitsivat Itä- ja Länsi-Suomessa matalan tuberkuloosivyöhykkeen erottamina, mutta myöhemmin tuberkuloosi-infektio levisi myös Keski- ja Pohjois-Suomeen. 1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alussa tuberkuloosi-

infektion painopiste ja korkein kuolleisuus olivat painottuneet Kuopion, Vaasan ja Oulun lääneihin. 1920-luvulla tuberkuloosikuolleisuus väheni merkittävästi koko maassa ja erityisen korkean kuolleisuuden alueita oli enää paikoittain Vaasan ja Oulun lääneissä. (40)

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) koottiin tieto läänien tuberkuloosikuolleisuudesta vuosina 1920–1938. Kuvassa 7 on kooste tuberkuloosikuolemien yleisyydestä tällä ajanjaksolla. Arvot esitetään tuberkuloosikuolemien prosenttiosuutena kaikista kuolemantapauksista. Viipurin läänin tuberkuloosikuolleisuus oli koko seuranta-ajan matalampi (11,7 %) kuin maan keskitaso (14,8 %), ja Viipurin lääni kuului Suomen pienimpien tuberkuloosikuolemien alueisiin yhdessä Ahvenanmaan (11,4 %) ja Mikkelin läänin (7,9 %) kanssa. Sen sijaan Vaasan (18,1 %) ja Oulun (17,4 %) läänit olivat suuren tuberkuloosikuolleisuuden aluetta. Tarkemmat vuosittaiset tiedot tuberkuloosiin kuolleiden osuuksista ovat nähtävissä liitteessä 6.



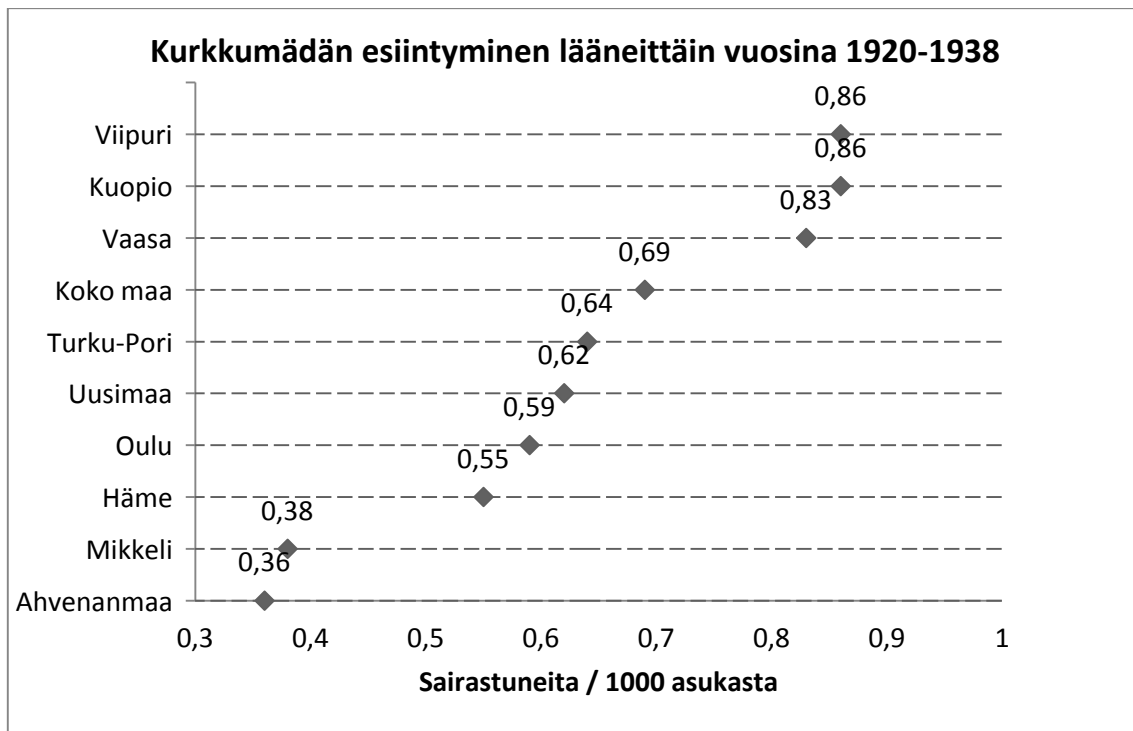
Kuva 7. Tuberkuloosikuolemien osuus kuolemantapauksista lääneittäin vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

3.2.5 Tartuntatautien esiintyvyys alueittain

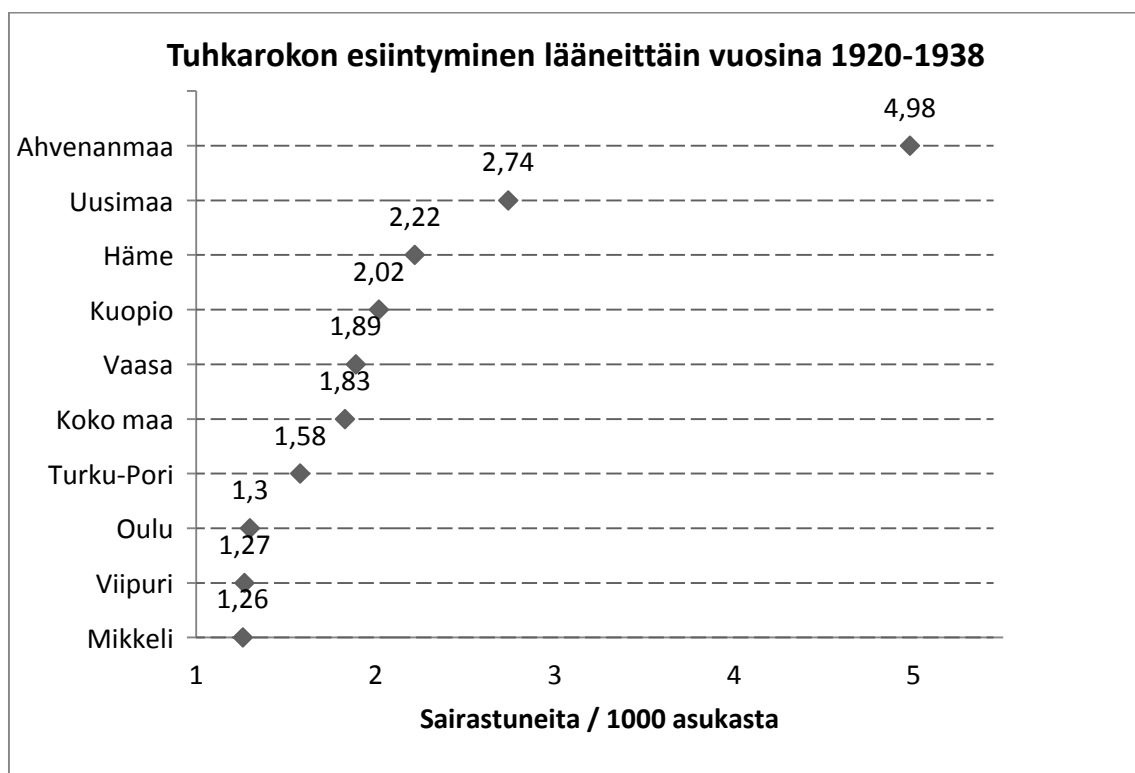
Infektiotautien yleisyyden pitkän aikavälin vertailua vaikeuttaa tautien luonnolliseen kulkuun kuuluva suuri vaihtelu tautitapauksien lukumäärässä epidemioiden myötä. Lääkintöhallituksen vuosikirjojen tilastotietojen (39) pohjalta verrattiin kurkkumädän, tuhkarokon ja tulirokon esiintymistä lääneittäin. Vertailukelpoisuuden parantamiseksi laskettiin kullekin läänille ja Suomelle koko seuranta-ajan (18 vuotta) keskimääräinen sairastavuus. Tulos ilmoitetaan sairastuneiden lukumääränä tuhatta asukasta kohden. Tarkemmat kyseisten tartuntatautien esiintymismäärät vuosittain eri lääneissä löytyvät liitteestä 7.

Kurkkumädän esiintymistä käsitellään kuvassa 8. Viipurin ja Kuopion lääneissä esiintyi seurantajaksolla eniten kurkkumätätapauksia koko maassa. Näissä lääneissä oli 0,86 sairastapausta tuhatta asukasta kohden, kun koko Suomen keskimääräinen taso oli 0,69 kurkkumätään sairastunutta tuhatta asukasta kohden. Myös Vaasan läänissä oli seuranta-aikana runsaasti kurkkumätää (0,83/1000) ja vähiten tautia esiintyi Mikkelin läänissä (0,38/1000) ja Ahvenanmaan maakunnassa (0,36/1000).

Tuhkarokkoa Viipurin läänissä esiintyi vuosina 1920–1938 vähemmän kuin maassa keskimäärin (kuva 9). Viipurin läänin asukkaista kyseisellä ajanjaksolla tuhkarokkoon sairastui keskimäärin 1,27 asukasta tuhannesta, kun koko maassa sairastumisluku oli 1,83 asukasta tuhannesta. Ahvenanmaalla oli vuosina 1934 ja 1936 kaksi poikkeuksellisen rajua tuhkarokkoepidemiaa, mikä selittää Ahvenanmaan läänin muita alueita huomattavasti korkeamman keskimääräisen esiintymisluvun ja voi osittain vääristää ajanjaksolle laskettua koko Suomen keskiarvoista esiintymislukua. Ahvenanmaan lisäksi tuhkarokkoa tavattiin yleisesti Uudenmaan (2,74/1000) ja Hämeen (2,22/1000) lääneissä. Vähäistesti tuhkarokkoa esiintyi Viipurin lääni ohella Oulun (1,3/1000) ja Mikkelin (1,26/1000) lääneissä.

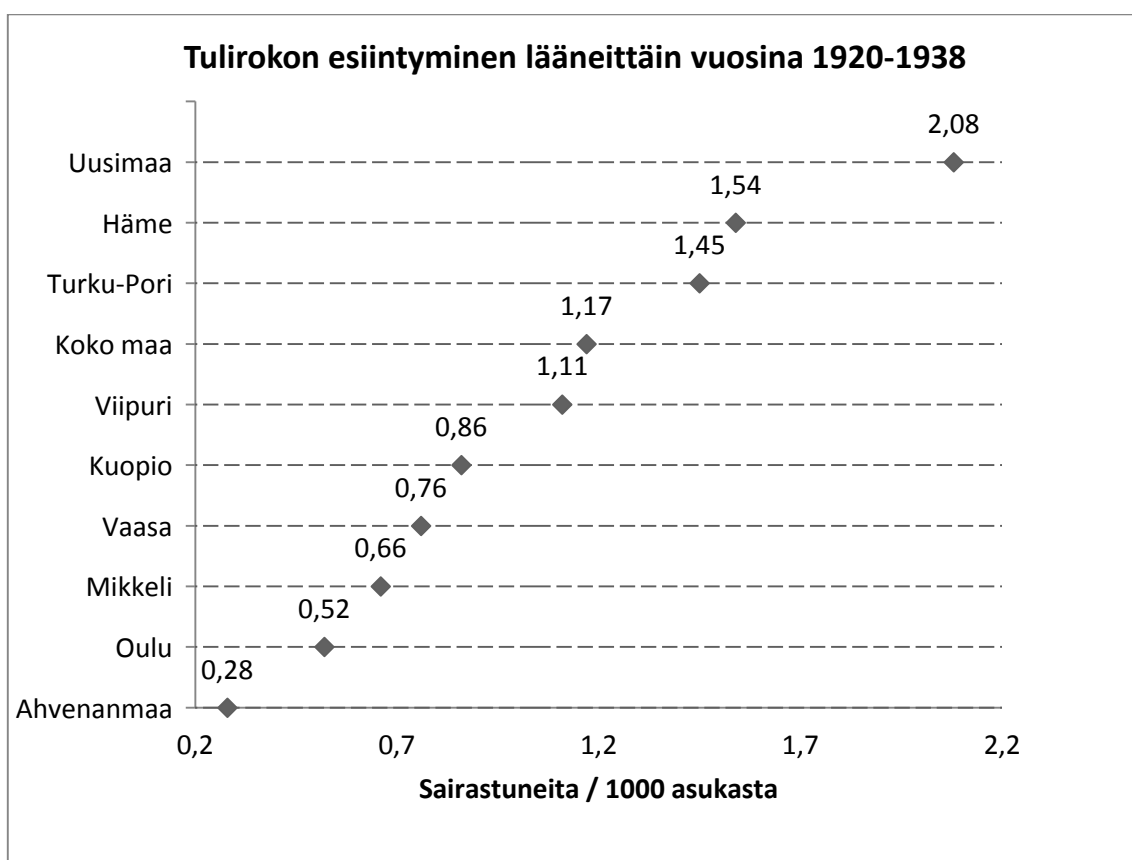


Kuva 8. Kurkkumätätapausten yleisyys lääneittäin vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)



Kuva 9. Tuhkarokkotapausten yleisyys lääneittäin vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Kuvassa 10 kuvataan tulirokon esiintyvyys tutkitulla ajanjaksolla. Viipurin läänin tulirokkoesiintyvyys oli hieman koko Suomen keskitasoa matalampi: Viipurin läänissä sairastuneita oli 1,11 tuhatta asukasta kohden kun koko maassa tulirokon sairasti keskimäärin 1,17 henkilöä tuhannesta. Runsaimmin tulirokkoa esiintyi Uudenmaan (2,08/1000), Hämeen (1,54/1000) ja Turun ja Porin (1,45/1000) lääneissä. Matalan tulirokkoesiintyvyyden alueita olivat Ahvenanmaa (0,28/1000) sekä Oulun (0,52/1000) ja Mikkelin (0,66/1000) läänit.



Kuva 10. Tulirokkotapaukset Suomessa vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Tarkastellessa näiden kolmen infektiotaudin esiintymistä nähdään lääneittäin huomattavasti suurempaa vaihtelua korkeiden ja matalien esiintyvyyalueiden suhteen kuin syntyvyys- ja kuolleisuustilastoissa, eikä samanlaista korkean esiintyvyyden maantieteellistä painottumista Itä- ja Pohjois-Suomeen ole nähtävissä. Mikkelin lääni oli

kaikkien kolmen taudin osalta kolmen matalimman esiintyvyyden alueen joukossa. Myös Oulun läänissä esiintyi keskimääräistä vähemmän kurkkumätää, tuli- ja tuhkarokkoa. Uudenmaan läänissä oli runsaasti tuli- ja tuhkarokkoa, mutta keskimääräistä vähemmän kurkkumätää. Ahvenanmaalla oli seuranta-aikana kaikista vähiten kurkkumätää ja tulirokkoa, mutta muutama raju epidemia pienessä populaatiossa riitti nostamaan esiintyvyyden koko maan korkeimmaksi tuhkarokon osalta.

3.2.6 Kuolinsyyt suurimmissa kaupungeissa

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) kerättiin tiedot kolmesta yleisimmästä kuolinsyystä koko Suomen osalta sekä suurimmista kaupungeista: Helsingistä, Turusta, Tampereelta, Viipurista, Vaasasta ja Oulusta. Tiedot esitellään taulukossa 1.

Vuosina 1920–1938 yleisin kuolinsyy koko maassa oli tuberkuloosi ja tätä seurasivat verenkiertoelimistön sairaudet. Nämä kaksi olivat koko seuranta-ajan joko ensimmäisellä tai toisella sijalla ja muita kuolinsyitä ei ollut kahden yleisimmän kuolinsyyn joukossa lukuun ottamatta vuosia 1936 ja 1938, jolloin yleisin kuolinsyy oli infektioaudit, johon saattaa tuberkuloosikuolemien lisäksi liittyä myös muita infektiosairauksien aiheuttamia kuolemantapauksia. Kolmanneksi yleisin kuolinsyy koko Suomessa oli ”morbus cerebri”, jonka tarkempaa merkitystä ei selitetty, mutta luokkaan kuuluvat luultavasti neurologiset aivosairaudet, ja aivoinfarkti on mahdollisesti usein ollut kuoleman syynä.

Viipurin kaupungin kuolinsyyt vuosina 1920–38 noudattivat samaa kaavaa kuin koko maassa: yleisin kuolinsyy oli tuberkuloosi verenkiertoelimistön sairauksien tullessa toiselle sijalle. Kolmanneksi yleisin kuolinsyy oli keuhkokuume. Täysin sama kuolinsyyjärjestys oli nähtävissä myös Helsingissä. Myös muissa tutkituissa kaupungeissa yleisin ja toiseksi yleisin kuolinsyy vaihtelivat tuberkuloosin ja verenkiertoelimistön sairauksien välillä. Kolmannella sijalla oli vaihdellen erilaisia kuolinsyitä: keuhkokuume, ”morbus cerebri” ja neurologiset sairaudet, kasvaimet, vanhuudennäivetys, hengityselimistön sairaudet sekä ajoittain myös epäselväksi jäänyt kuolinsyy. Kuolinsyitä tarkastellessa Viipurin kaupungin väestö ei siis vaikuta eronneen muusta Suomesta.

Kuolinsyyt	1920	1922	1924	1926	1928	1930	1932	1934	1936	1938
Helsinki										
1	tb	tb	tb	tb	tb	tb	moc	moc	infek	moc
2	moc	moc	moc	moc	moc	moc	tb	tb	moc	infek
3	influ	pneu	pneu	pneu	pneu	m.cereb.	neur	pneu	tuum	tuum
Turku										
1	moc	moc	moc	tb	tb	tb	moc	moc	moc	moc
2	tb	tb	tb	moc	moc	moc	tb	tb	infek	infek
3	pneu	ca	ca	mar.sen.	pneu	ca	neur	ca	tuum	tuum
Tampere										
1	tb	tb	tb	tb	tb	tb	tb	moc	infek	infek
2	moc	moc	moc	moc	mov	moc	moc	tb	moc	moc
3	pneu	ht	m.cereb.	ca	m.cereb.	mar.sen.	mar.sen.	neur.	tuum	tuum
Viipuri										
1	tb	tb	tb	tb	moc	tb	moc	moc	infek	infek
2	moc	moc	moc	moc	tb	moc	tb	tb	moc	moc
3	pneu	m.cereb.	pneu	m.cereb.	pneu	ca	neur	pneu	ht	ht
Kuopio										
1	nas	tb	tb	tb	moc	moc	moc	moc	moc	moc
2	tb	pneu	nas	nas	tb	tb	tb	tb	infek	infek
3	pneu	nas	pneu	pneu	m.cereb.	nas	mar.sen.	pneu	tuum	tuum
Vaasa										
1	tb	tb	tb	tb	tb	moc	moc	tb	infek	infek
2	moc	moc	moc	moc	moc	tb	tb	moc	moc	moc
3	pneu	pneu	pneu	tuum	m.cereb.	m.cereb.	mar.sen.	ca	ht	tuum
Oulu										
1	tb	tb	tb	tb	tb	tb	tb	tb	moc	tuum
2	moc	moc	moc	moc	moc	moc	moc	moc	infek	moc
3	influ	m.cereb.	pneu	m.cereb.	m.cereb.	m.cereb.	neur	mar.sen.	ht	ht
Koko maa										
1	tb	tb	tb	tb	tb	tb	moc	moc	infek	infek
2	moc	moc	moc	moc	moc	moc	tb	tb	moc	moc
3	pneu	pneu	nas	m.cereb.	m.cereb.	m.cereb.	neur	ca	tuum	tuum

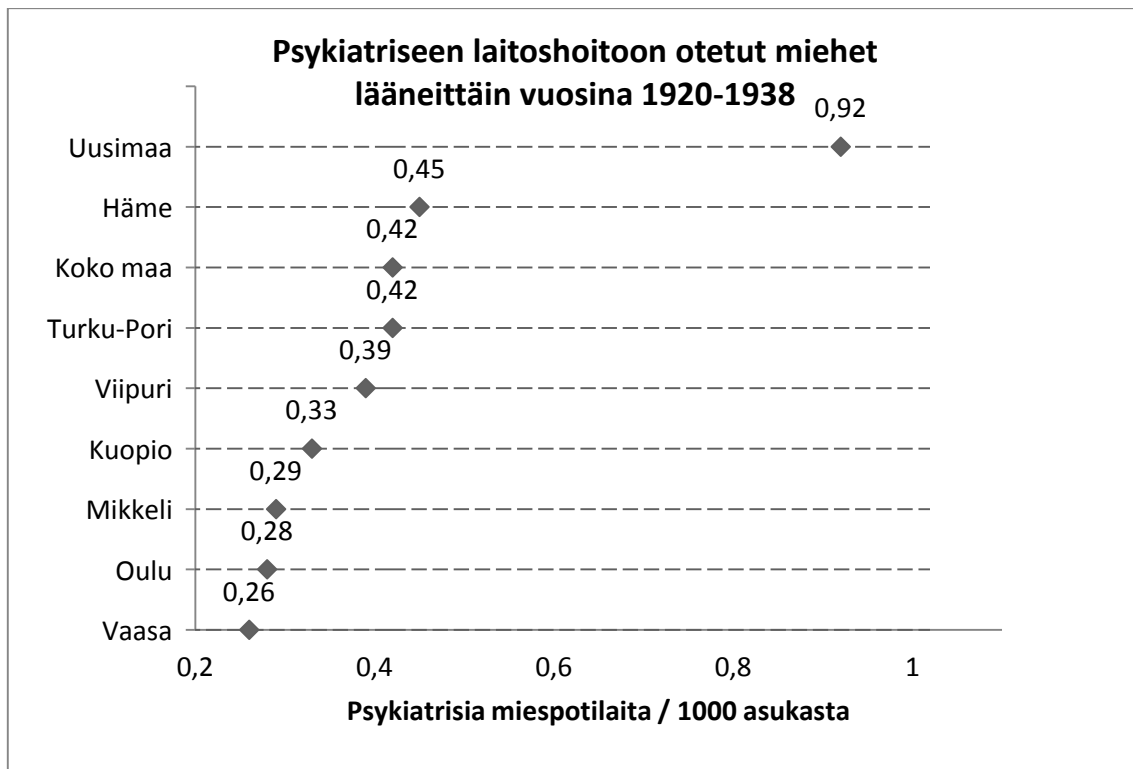
Taulukko 1. Kolme yleisintä kuolinsyytä Suomen suurimmissa kaupungeissa vuosina 1920–1938. Lyhenteiden selitykset: tb= tuberkuloosi (kaikki muodot), moc= verenkiertoelimistön sairaus, pneu= keuhkokuume, nas= tuntematon kuolinsyy, m.cereb= morbus cerebri, influ= influenssa, mar.sen.= marasmus senilis/vanhuudennäivetys, ca= karsinoma, tuum=kasvain, neur=neurologinen sairaus, infek= infektio tauti (sisältää myös tuberkuloosin), ht=hengityselimistön tauti. 1= yleisin kuolinsyy, 2= toiseksi yleisin kuolinsyy, 3= kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

3.2.7 Psykiatriseen laitoshoidon tarve lääneittäin

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) kerättiin tieto kunakin vuonna psykiatriseen laitoshoitoon otettujen miesten ja naisten lukumäärästä ja kotiläänistä. Määrät nousivat tasaisesti koko seuranta-ajan vuosina 1920–1938. Tarkemmat vuosikohtaiset tiedot ovat nähtävissä liitteessä 8. Näistä tiedoista koostettiin koko ajanjaksoa kuvaava keskimääräinen luku läänien välistä vertailua varten. Tulokset esitetään psykiatristen potilaiden osuutena tuhatta asukasta kohden. Ahvenanmaan maakunta ei kuitenkaan ole näissä vertailuissa mukana, koska luotettavat tiedot kaikilta seurantavuosilta puuttuivat.

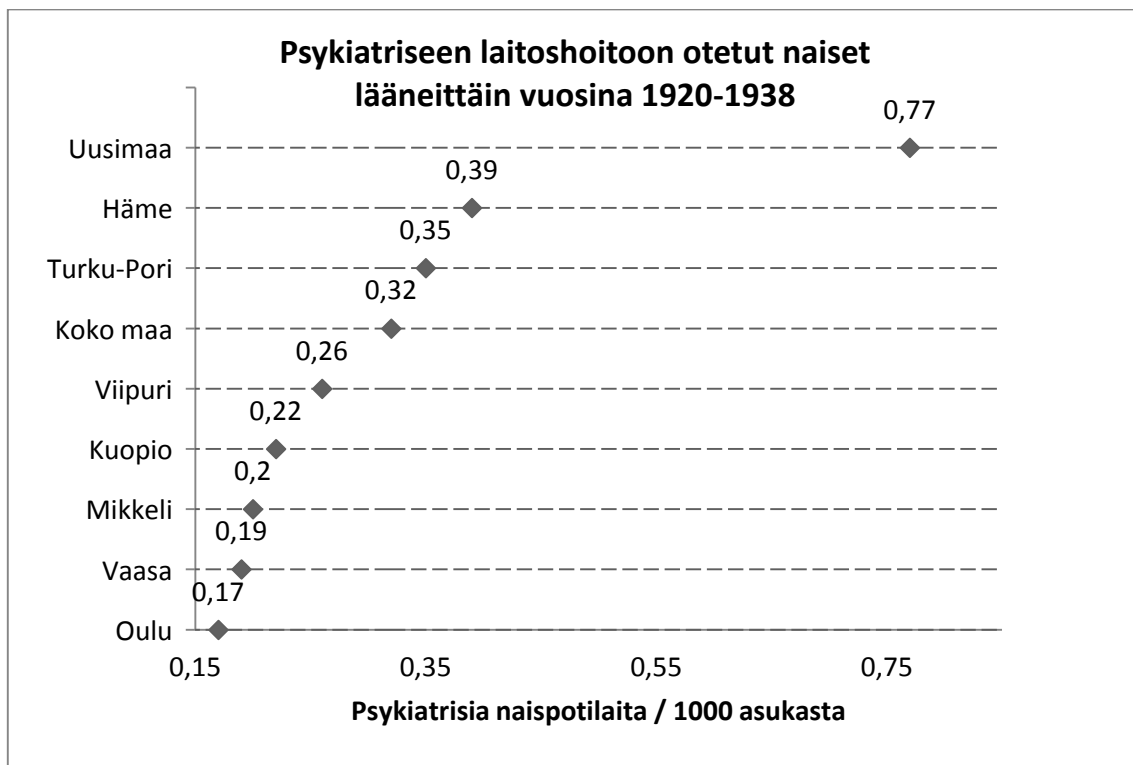
Miesten keskimääräinen psykiatriseen laitoshoidon tarve on nähtävissä kuvassa 11 ja naisten osalta tilanne esitetään kuvassa 12. Viipurin läänissä sekä miehillä että naisilla esiintyi vähemmän psykiatrista laitoshoidoa vaatinutta sairastuvuutta kuin koko maassa keskimäärin. Miesten osalta koko maassa psykiatriseen laitoshoitoon otettiin seuranta-aikana keskimäärin 0,42 potilasta tuhatta asukasta kohden ja Viipurin läänissä luku oli 0,39 tuhatta asukasta kohden. Naisista psykiatriseen laitoshoitoon päätyi koko Suomessa keskimäärin 0,32 naista tuhannesta ja Viipurin läänin naisista vain 0,25 naista tuhannesta.

Uudenmaan läänissä on huomattavasti enemmän psykiatriseen laitoshoitoon otettuja potilaita kaikkiin muihin alueisiin verrattuna kummallakin sukupuolella: miehistä 0,92 ja naisista 0,77 tuhannesta otettiin psykiatriseen laitoshoitoon. Sen sijaan Oulun läänissä psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsi vain 0,28 miestä ja 0,17 naista tuhatta asukasta kohtaan, ja Vaasan läänissä psykiatrista laitoshoidoa annettiin 0,26 miehelle ja 0,19 naiselle tuhannesta.



Kuva 11. Psykiatrisen laitoshoitoon otetut miehet lääneittäin vuosina 1920–1938.

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

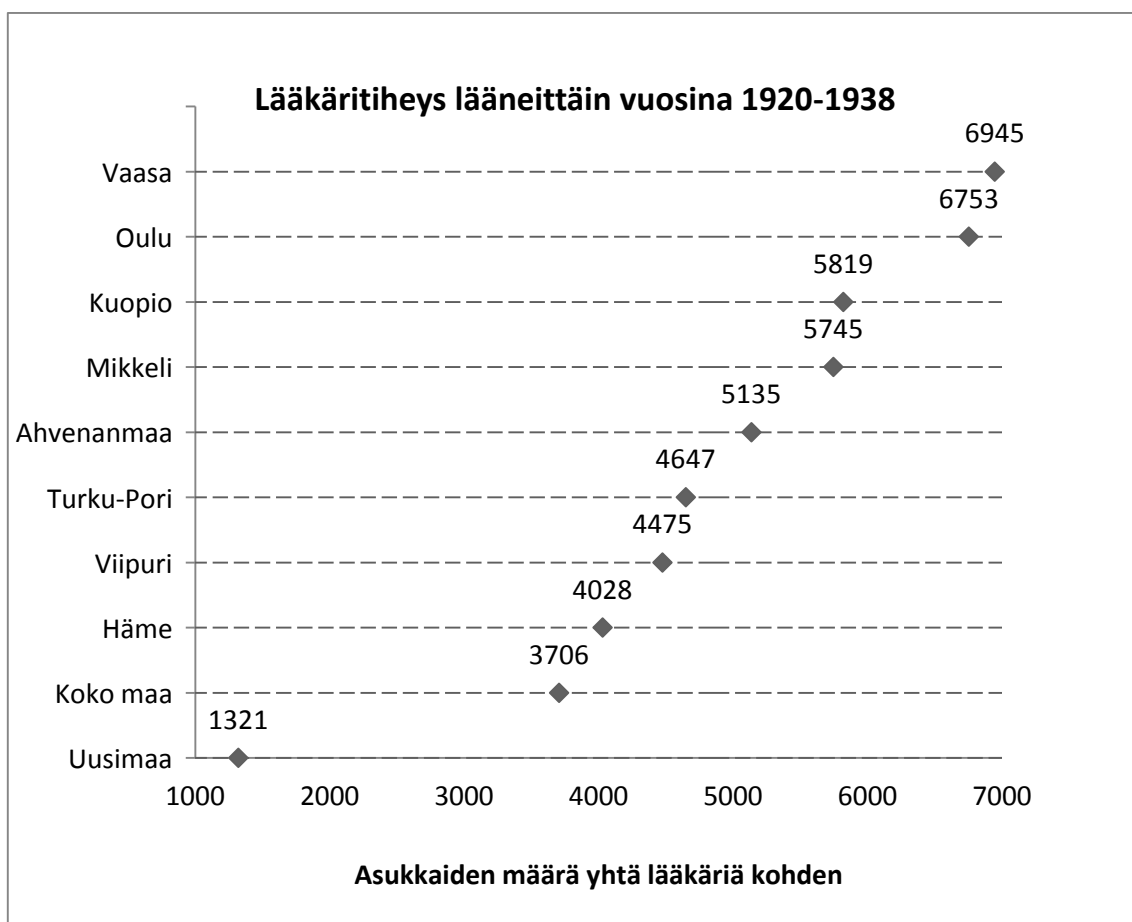


Kuva 12. Psykiatriseen laitoshoitoon otetut naiset lääneittäin vuosina 1920–1938.

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

3.2.8 Lääkäreiden määrä lääneittäin

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) kerättiin tieto lääkäreiden lukumääristä lääneittäin vuosina 1920–1938. Lääkärien määrä nousi koko seuranta-ajan. Tarkemmat vuosittaiset tilastot lääkärien määrästä löytyvät Liitteestä 9. Tiedoista laskettiin ensin lääkärien määrä 10 000 ihmistä kohden ja tästä luvusta koostettiin keskimääräinen lääkäritiheys eli asukkaiden määrä yhtä lääkäriä kohden lääneittäin vuosina 1920–1930 (kuva 13). Viipurin läänissä oli yksi lääkäri 4475 asukasta kohden, mikä oli kolmanneksi suurin lääkäritiheys koko maassa. Uudenmaan läänissä oli ylivoimaisesti eniten lääkäreitä seuranta-aikana, 1321 asukasta yhtä lääkäriä kohden, ja se erottui selvästi erilleen muista lääneistä. Hämeen ja Turun ja Porin lääneissä oli myös melko suuri lääkäritiheys tutkitulla ajanjaksolla. Vähiten lääkäreitä oli Vaasan ja Oulun läänissä, jossa kutakin lääkäriä kohden oli Vaasassa 6945 ja Oulussa 6753 asukasta.



Kuva 13. Keskimääräinen lääkäritiheys vuosina 1920–1938. Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

3.3 Siirtokarjalaisten sopeutuminen

Sopeutuminen on vähittäinen kehitysprosessi, johon liittyy sekä yksilöiden että ryhmien tietoinen ja tiedoton pyrkimys keskinäisten eroavaisuuksien tasoittamiseen. (42) Siirtokarjalaisten sopeutumista käsitellessä on muistettava, että siirtokarjalaiset eivät joutuneet pelkästään sopeutumaan uuden paikkakunnan kulttuuriin vaan myös koko suomalaista yhteiskuntaa ravistelevaan kulttuurimuutokseen teollistumisen, teknistymisen ja kaupungistumisen myötä. Wariksen tutkimuksen (2) ajankohtana vuonna 1952 siirtoväen sopeutuminen uusiin olosuhteisiin oli vielä useilta osin keskeneräistä, mihin 24 vuotta myöhemmin tehty Jyrkilän tutkimus (18) tarjoaa hyvän vertailukohdan.

3.3.1 Asettuminen uuteen kotiin

1950-luvulle saavuttaessa siirtokarjalainen väestö oli asettunut uuteen asuinpaikkaansa niin tiiviisti, että yli 60 % siirtokarjalaisesta maalaisväestöstä aikoi jäädä pysyväsi nykyiselle asuinpaikalleen tilan koosta riippumatta, ja siitä huolimatta, että sama prosenttiosuus piti toimeentuloaan huonompana kuin Karjalassa ja jopa 40 % koki tilansa elinkelvottomaksi. Turvallisuuden tunnetta heikensivät etenkin tilan pieni koko ja hallanarkuus, huonot sivuansiomahdollisuudet ja maan huono laatu. (43) Valkeakosken teollisuusväestössä yli 50 % siirtokarjalaisista viihtyi huonommin uudessa kotikaupungissaan kuin Karjalassa, mutta toisaalta yhtä iso osuus aikoi jäädä pysyvästi asumaan paikkakunnalle. (44) Kylmille tiloille asettuneiden siirtokarjalaisten elintaso oli laskenut ainakin tilan koon, viljellyn maan ja niityn pinta-alan sekä kotieläinten määrän suhteen, ja uuden pelto- ja laidunmaan raivaustyö oli vielä kesken. (45) 24 vuotta myöhemmin tilanne oli parantunut, kun massiivinen uudisraivaus oli saatu pääosin päätökseen ja poismuuttoaikeet olivat itse asiassa vähäisempiä alkuperäisten kylmien tilojen asukkailla. (46)

Vuosina 1950–51 Suomesta lähti vuosittain 14 000 – 20 000 työikäistä henkilöä vapaaehtoisina siirtolaisina Ruotsiin tai Pohjois-Amerikan mantereelle. Siirtokarjalaiset

eivät olleet ylliedustettuna tämän uuden siirtolaisjoukon keskuudessa, mitä voitaneen pitää merkinä juurtumisesta uusille asuinsijoille vaikeuksista huolimatta. (47)

Jyrkilän tutkimuksesta ilmenee, että siirtokarjalaisten ja kantaväestön maatilat eivät olleet vuonna 1973 vielä kaikissa asioissa samanarvoisia. Siirtokarjalaisten tilat olivat muun muassa kooltaan 12 ha pienempiä kuin suomalaisten maatilat keskimäärin ja puolet pienempiä kuin menetetyt kotitilat Karjalassa. Siirtoväen tilat olivat myös hallanarempia. (48) Tästä huolimatta siirtokarjalainen väestö oli työllään nostanut tilojensa elinkelpoisuutta ja sosiaalista statustaan siirtolaisista yhteisön tuottavaksi osaksi, ja suurin osa sekä kantaväestöstä että karjalaisista arvioi toisen ryhmän toimeentulon samanlaiseksi kuin omansa. (49) Pitkäaikaisesta sitoutumisesta omaan tilaan kertoo metsän runsas uudisraivaus pelloksi ja lisäksi 66 % siirtokarjalaisista oli istuttanut uutta metsää. (50)

3.3.2 Siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten suhteet

Wariksen tutkimuksen mukaan 1950-luvulla paikallinen maalaisväestö suhtautui siirtoväkeen melko ymmärtäväisesti. Vaikka 41 % maata luovuttaneista piti tilannetta epäoikeudenmukaisena, kauna ei kohdistunut niinkään siirtoväkeen vaan maanluovutuksen valtiolliseen toteutukseen ja epätasapuolisuuteen. Maanluovuttajat eivät suhtautuneet siirtoväkeen sen kielteisemmin kuin ei-luovuttajatkään, vaikka heillä olikin enemmän kielteisiä kokemuksia siirtoväen tuloon liittyen kuin niillä paikkakuntalaisilla, jotka eivät olleet joutuneet luopumaan omasta maastaan. (51)

Viidennes paikkakuntalaisista koki siirtoväen aiheuttaneen itselleen vaikeuksia. Erimielisyyksiä siirtoväen ja paikkakuntalaisten välillä ilmoitti esiintyneen keskimäärin 37 % paikkakuntalaisista. Vastauksissa oli nähtävissä maantieteellinen jakautuminen siten, että itäsuomalainen kantaväestö ilmoitti huomattavasti vähemmän (28 %) erimielisyyksiä kuin länsisuomalainen kantaväestö (53 %). Eniten vaikeuksia ja riitoja oli asunto- ja majoitusasioista, ja vain pieni osa erimielisyyksistä liittyi väestöryhmien välisiin luonne-eroihin tai epäluuloihin. (51) 73 % paikkakuntalaisista hyväksyi siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten nuorten keskinäisen seurustelun ja naimisiinmenon ja 69 % piti siirtoväkeä yhtä hyvinä työntekijöinä. Samoin

seuratoiminnan ja muun kulttuurielämän kannalta karjalainen vilkkaus otettiin ilahtuneesti vastaan. (52)

1950-luvun alussa siirtokarjalaiset vierailivat maaseudulla mieluummin toisten siirtokarjalaisten luona, ja yhteydet paikkakuntalaisiin perustuivat enemmän käytännön elämään kuin seuranhaluun. Vähintään puolet siirtokarjalaisista vietti aikaansa mieluummin muitten siirtokarjalaisten kuin paikkakuntalaisten seurassa. Toisaalta joka toisella siirtokarjalaisella oli viiden parhaan ystävänsä joukossa ainakin yksi paikkakuntalainen. Siirtoväen ja paikkakuntalaisten väliset vierailut lisääntyivät sen myötä, mitä kauemmin siirtokarjalaisperhe oli asunut samassa paikassa. (53)

Vuonna 1973 vierailuista suurin osa tapahtui edelleen oman väestöryhmän sisällä sekä siirtokarjalaisten että paikkakuntalaisten parissa. Alle 60-vuotiaat kävivät useammin kylässä myös toisen väestöryhmän luona kuin yli 60-vuotiaat. (54) Viralliseen kanssakäymiseen ja päätöksentekoon siirtokarjalaiset osallistuivat samassa suhteessa kuin kantaväestö, mutta epäviralliset suhteet olivat vielä keskittyneet oman ryhmän sisälle (46). Osallistuminen seura- ja yhdistystoimintaan oli vilkkainta 30–49-vuotiaiden keskuudessa (50 %) ja varsin vähäistä yli 65-vuotiailla (5 %). 57 % karjalaisista osallistui sekajärjestöjen (järjestöjä, joiden jäsenenä oli sekä paikkakuntalaisia että siirtokarjalaisia) toimintaan, mutta yli 60-vuotiaat olivat useammin vain karjalaisseurojen jäseniä. 1950-luvun alkuun verrattuna siirtokarjalaisten osallistuminen seura- ja yhdistystoimintaan oli vilkastunut, mutta ei ollut vielä samalla tasolla paikallisväestön kanssa. (55)

Ruokaperinteiden sekoittumisen on hyvä esimerkki tehokkaasta käytännön vastavuoroisesta sopeutumisesta siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten välillä. Vuonna 1949 79 % siirtokarjalaisista ilmoitti valmistavansa pääasiassa karjalaisia ruokia ja vain 14 % teki lisäksi myös paikkakuntalaisia ruokia. 24 vuotta myöhemmin jopa 90 % siirtoväestöstä ilmoitti valmistavansa sekä karjalaisia että paikkakuntalaisia ruokia ja myös 94 % paikkakuntalaisista valmisti karjalaisia ruokia. (56)

3.3.3 Siirtoväki omana yhteisönään

Siirtokarjalaisten ryhmätietoisuus ilmeni muun muassa omina sanomalehtinä ja monien karjalaisseurojen ja niiden keskuselimen Karjalan Liiton perustamisena. Wariksen tutkimuksessa käy kuitenkin ilmi heimohenkisyysnopea lasku sekä maalais- että teollisuusväestössä. Vuonna 1948 yli 80 % maaseudun siirtokarjalaisista piti omaa seuratoimintaa tarpeellisena virkistymismielessä ja heimohengen, perinteiden ja muistojen vaalimiseksi. Kaksi vuotta myöhemmin ajatteli samoin enää 69 %. (57) Valkeakosken siirtokarjalaisista vuonna 1950 Karjala-seuroja piti tarpeellisina 72 %, mutta vain 20 % oli niiden jäseniä, mikä viestinee heimoseurojen asennetasoisesta arvostamisesta ja samaan aikaan vähäisestä halusta sitoutua henkilökohtaisesti ja konkreettisesti seuran toimintaan. (58) Vuosina 1949–50 myös Karjala-lehden levikissä tapahtui jyrkkä lasku, mikä kertoo ryhmätietouden nopeasta heikkenemisestä. (47)

3.3.4 Sopeutumiseen vaikuttaneet tekijät

Yhdeksi tärkeimmistä siirtokarjalaisten sopeutumiseen vaikuttavista tekijöistä Wariksen tutkimuksessa osoittautui ikä. Nuoremmilla siirtokarjalaisilla oli enemmän paikkakuntalaisia ystäviä, eivätkä he pitäneet karjalaisten seura- ja yhdistystoimintaa yhtä tärkeänä kuin vanhemmat ikäpolvet. 16–19-vuotiaat kuvasivat vähemmän henkisiä vaikeuksia ja merkittävä osa koki unohtaneensa evakkoajan vaikeudet kokonaan. Alle kouluikäisenä evakuoituneet lapset lisäksi yleisesti puhuivat paikkakunnan murretta karjalaismurteen sijasta. (59)

Wariksen tutkimuksen aikaan vuosina 1949–1951 evakko- ja sotakokemukset olivat vielä tuoretta lähihistoriaa etenkin vanhemmalle väestölle. Yli 80 % siirtokarjalaisesta maalaisväestöstä suhtautui myönteisesti lyhyeksi jääneeseen ja taloudellisesti tappiolliseen käyntiin Karjalassa talvi- ja jatkosodan välivuosina. (60) Valkeakosken teollisuusväestön keskuudessa Karjalan kaipuu toimi merkittävänä viihtymättömyyden aiheuttajana. (44)

Wariksen tutkimuksesta ilmenee, että ennako-odotuksista poiketen siirtoväen sijoituksen tiheys uudella paikkakunnalla ei osoittautunut paikkakuntalaisten

suhtautumiseen tai siirtoväen sopeutumisen onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. (52) Sen sijaan ainakin teollisen siirtoväen keskuudessa merkittäväksi sopeutumista edistäväksi tekijäksi nousi parantunut toimeentulo ja elintaso, mikä auttoi etenkin entisten maaseudun palkkatyöläisten sopeutumista. Täydellisen hyväksymisen suurimpia esteitä olivat siirtokarjalaisten oma ryhmätietoisuus, poikkeavat tavat ja erilainen suhtautuminen työväenliikkeeseen. (61)

Wariksen tutkimuksen aikaan yli puolet sekä siirtokarjalaisista että paikkakuntalaisista arveli karjalaisten sulautuvan muihin suomalaisiin viimeistään 30 vuodessa. (62) Vuonna 1973 kuitenkin vielä 79 % karjalaisista ja 75 % paikkakuntalaisista kertoi olevan mahdollista tunnistaa ulkoapäin, kuuluiko henkilö karjalaisiin vai paikkakuntalaisiin. Tärkeimmät erottavat piirteet olivat murre ja kieli sekä erilainen käytös. Kulttuurinen sulautuminen oli siis vielä kesken. (46) Myöhemmin on todettu siirtokarjalaisten ja itäsuomalaisten sosioekonomista asemaa vuosina 1970–2000 vertaavassa tutkimuksessa, että sosioekonomisella tasolla siirtokarjalaiset ovat hyvin sulautuneet kantasuomalaiseen yhteiskuntaan: väestöryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja koulutustasossa, siviilisäädystä tai asunnon omistamisessa (63).

3.4 Siirtokarjalaisten terveydentila

Siirtokarjalaisuuden voi ajatella syntyneen ensimmäisen evakuoinnin alkaessa. Pakkosiirtolaisuudella oli tähän uuteen väestöryhmään ja heidän terveydentilaansa niin välittömiä, lyhyt- kuin pitkäaikaisiakin vaikutuksia, joita seuraavassa pyritään tarkastelemaan osittain erillään. Tarkempien terveydentilatietojen puuttuessa hyödynnetään kuolleisuustietoja yleisen terveydentilan kuvaajina.

3.4.1 Terveydentila evakuointien aikana

Vaikka luovutetun Karjalan alueen kuolleisuus sotatoimien yhteydessä ei ollut merkittävästi koko maan keskiarvoa suurempi, sotien ja evakuointien aikana etenkin vuosina 1940–44 siirtoväen kuolleisuuden on todettu olleen keskimääräistä korkeampi.

Ylikuolleisuutta ilmeni erityisesti fyysiseltä suorituskyvyltään heikommassa asemassa olleiden lasten ja vanhusten joukossa. (64)

3.4.2 Terveystila uudessa asuinpaikassa

Siirtokarjalaisten sijoittuessa uusille asuinpaikoilleen terveystilaa kuormittivat sekä aluillaan oleva sopeutumisprosessi että uusilla, erityisesti kylmillä tiloilla tehty fyysisesti vaativa maanmuokkaus- ja pellonraivaustyö. Uuden kodin ja elämän rakentaminen vieraalle paikkakunnalle on arveltu olleen erityisen traumaattista siirtokarjalaisille maanviljelijöille, koska ammattinsa myötä he olivat vahvasti tiettyyn paikkaan sidottuja ja sitoutuneita. (46)

Vuonna 1973 tehdystä kyselystä ilmeni, että 65 vuotta täyttäneistä siirtokarjalaistilojen emännistä 65 % sairasti jotain kroonista tautia kun samanikäisistä paikkakuntalaisemännistä krooninen sairaus oli vain 38 %:lla. Nuoremmilla naisilla tätä eroa ei kuitenkaan ollut nähtävissä. Erityisesti käsin tehty uudisraivaus aiheutti sairastavuutta, sillä yksinomaan käsin raivattujen tilojen emännistä 70 % sairasti jotain tautia. Jos raivauksessa oli saatu edes osittain koneellista apua, sairastavuus tippui 46 %:iin. (46) Sairausten laatua ei tutkimuksessa eritelty, mutta oletettavasti ainakin uudisraivaukseen liittyvässä korkeassa sairastavuudessa tuki- ja liikuntaelimestön sairauksilla sekä tapaturmilla lienee merkittävä rooli.

3.4.3 Terveystila useita vuosikymmeniä siirtolaisuuden jälkeen

Siirtolaisuuden negatiiviset terveysvaikutukset todennäköisesti heikkenevät ajan myötä (65), mutta toisaalta erityisesti psykososiaalinen stressi voi ilmetä vielä vuosikymmeniä alkuperäisen evakuoinnin jälkeen (63). Matti Ponteva on väitöskirjassaan osoittanut, että talvi- ja jatkosodan psykiatrista hoitoa saaneilla veteraaneilla oli noin kolmikertainen kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin, kun verrokkeina toimivat sodanaikaiset keuhkokuumeopotilaat (66). Dosentti Matti Viukarin mukaan ”On syytä uskoa, että Itä- ja Pohjois-Suomen sotatoimien tuntumaan tai evakuointien kohteeksi

joutuneilla asukkailla psyykkisten järkytysten jälkiseuraamuksen olivat samanlaisia.” (67)

Tukea tälle ajatukselle löytyy ainakin Seppo Koskisen vuonna 1992 julkaistusta artikkelista, jossa analysoidaan Suomen alueellisia ja väestöryhmien välisiä kuolleisuuseroja vuosina 1971–1985. Tällä ajanjaksolla siirtokarjalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus oli noin 15 % keskimääräistä suurempi ja ylikuolleisuustaipumus säilyi lähes samana asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi Itä-Suomessa asuvien siirtokarjalaisten keskuudessa esiintyi ylikuolleisuutta myös muihin verenkiertoelimistön sairauksiin, ja Uudellamaalla asuvien siirtokarjalaisten väkivaltaiset ja tapaturmaiset kuolemat olivat keskimääräistä yleisempiä. Kuolleisuus muihin kuolinsyihin oli joko keskimääräistä tasoa tai vähän sen yläpuolella. (68)

Pakkosiirtolaisuuden pitkäaikaisvaikutuksia tarkastelleessa tutkimuksessa verrattiin eri puolella Suomea asuvia siirtokarjalaisia itäsuomalaiseen väestöön vuosina 1970–2000 ja havaittiin, että 1970- ja 1980-luvuilla näiden väestöryhmien kokonaiskuolleisuusluvut olivat lähes identtiset, mikä viittaa suurien terveyserojen puuttumiseen väestöryhmien väliltä. Kuitenkin 1980-luvun lopulla siirtokarjalaisten miesten kuolleisuus nousi äkillisesti noin 15 % ja alkoi laskea yleistrendin tasolle vasta 1990-luvun puolivälissä. Ylikuolleisuus oli pääosin sydän- verissuonisairauksista johtuvaa. Mielenkiintoinen piirre on, että siirtokarjalaisten naisten kohdalla ei samanlaista kuolleisuuden nousua nähdä vaan heidän kuolleisuuteensa pysyttelee samalla tasolla itäsuomalaisten naisten kanssa koko ajanjakson ajan. Miesten osalta kuolleisuuden nousu ei myöskään ollut riippuvainen iästä evakuoinnin aikana. (63)

4 YHTEENVETO

4.1 Metodologiset haasteet ja edut

Siirtolaisuuden tieteellistä tutkimusta ja tulosten tulkintaa vaikeuttaa ilmiön monitahoisuus. Päätös siirtymisestä vieraaseen maahan tai uudelle alueelle oman maan rajojen sisäpuolella voi perustua vapaaehtoisuuteen tai erilaisiin poliittisiin, uskonnollisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin tai luonnonympäristöön liittyviin pakotteisiin. Eri tutkimusten välillä on suurta vaihtelua termien määrittelyssä, tutkittavien ja verrokkien ominaisuuksissa ja lukumäärissä sekä tutkimustulosten analysoinnissa (69). Lisäksi siirtolaisten oma osallistumisinnostus epidemiologisiin tutkimuksiin on usein matala (69).

Siirtolaisuusprosessin eristettyjä vaikutuksia on haasteellista tutkia, koska usein sodan tai muun siirtolaisuuteen ajaneen negatiivisen prosessin vaikutusta on vaikea erottaa itse siirtolaisuuden aiheuttamista vaikutuksista. Eri siirtolaisryhmät ja heidän alustava terveydentilansa ovat myös keskenään hyvin erilaisia esimerkiksi lähtömaan kehittyneisyystasoon liittyen. Siirtolaispopulaatio ei välttämättä ole lähtömaansa väestöä edustava otos ja toisaalta lähtö- tai kohdemaasta ei aina ole saatavilla luotettavia tilasto- tai muita tietoja (70). Usein tutkimustulokset saattavat ollakin ristiriidassa keskenään, kun siirtolaisuuteen päätyminen tapahtuu hyvin erilaisissa ulkoisissa olosuhteissa ja eri syistä. Esimerkiksi siirtolaisuuden oman maan rajojen sisäpuolella on todettu olevan sekä haitallinen että hyödyllinen tekijä mielenterveyden kannalta tutkimuskohteesta riippuen (21,38,71). Nykyisellä tietämyksellä emme myöskään voi saada varmuutta siitä, onko siirtolaisuuden suuntautuminen kauas lähtöpaikasta henkilölle lisäkuormitus vai itse asiassa suojaava tekijä (30).

Tätä tutkimusta tehdessä kohdattiin yllä kuvattuja metodologisia haasteita, joita pyrittiin hallitsemaan valitsemalla mukaan mahdollisimman hyvin siirtokarjalaisiin sovellettavissa olevaa tutkimustietoa kuten tutkimuksia toisista länsimaista ja maan rajojen sisäpuolella pysytelleistä siirtolaisista. Täysin Suomen mallin kaltaista siirtoväkikysymyksen ratkaisua sijoitus- ja korvaussuunnitelmiseen ei kuitenkaan ole toteutettu

muualla; esimerkiksi siirtoväen maansaantioikeutta ei ole samassa laajuudessa sovellettu missään muussa siirtolaistilanteessa (16).

Toisaalta siirtokarjalaisten tutkiminen tarjoaa oivan tilaisuuden tutkia puhtaasti siirtolaisuusprosessin vaikutuksia terveyteen ja sosioekonomiseen asemaan. Ensinnäkin karjalainen siirtoväki koostui luovutetun Karjalan kaikista asukkaista, ja näin ollen se muodostaa valikoitumattoman otoksen Karjalan alueen väestöstä. Pakkosiirrot koskivat jokaista luovutettavalla alueella asuvaa asuinpaikasta, siviilisäädystä, elinkeinosta, terveydentilasta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Toiseksi pakkosiirron kohteeksi joutunut väestö oli elintavoiltaan ja etniseltä taustaltaan suurimmaksi osaksi hyvin kantaväestön kaltainen, ja näillä väestöryhmillä oli yhteinen kulttuuriperimä, kansallisuus ja kieli. Näin ollen kohde ja verrokkiväestö eroavat toisistaan merkittävästi vain kiinnostuksen kohteena olevan ilmiön, siirtolaisuuden, suhteen, mikä luo hyvän tutkimusasetelman nimenomaan siirtolaisuuden vaikutusten havainnoimiseen. Teoreettisesti paras verrokkiväestölle siirtokarjalaisille ovat muut itäsuomalaiset, erityisesti entisen Viipurin läänin luovuttamattomien alueiden asukkaat.

4.2 Pohdinta

4.2.1 Siirtolaisuuden terveysvaikutukset

Siirtolaisuuden vaikutuksia on mielekkäintä käsitellä psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena, sillä siirtolaisuusprosessi vaikuttaa niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosioekonomiseenkin hyvinvointiin. On tärkeää muistaa, että siirtolaisuuden vaikutukset voivat olla sekä myönteisiä että kielteisiä ja lopputulos riippuu niin ulkoisista kuin sisäisistäkin suojaavista ja kuormittavista tekijöistä.

Siirtolaisuuden terveysvaikutuksia käsittelevän kansainvälisen tutkimustiedon valossa voidaan todeta, että erityisesti pakkoon perustuvalla siirtolaisuudella on mielenterveyteen merkittäviä haitallisia vaikutuksia, jotka voivat manifestoitua erilaisina stressi-, ahdistus- ja mielialahäiriöinä aina psykoottisiin sairauksiin saakka. (20,22,24,28,72) Siirtolaisuuden terveysvaikutukset voivat myös säilyä useiden vuosikymmenien tai koko loppuelämän ajan. (26,29) Matala sosioekonominen asema on

merkittävä riskitekijä mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle. (37,38) Siirtolaisten pitkäaikaiseen somaattiseen sairastavuuteen liittyvä tutkimustieto on vähäisempää. Yleisesti voidaan kuitenkin sanoa, että vaikka siirtolais- ja kantaväestön somaattinen sairastavuus vuosien kuluessa lähenevät toisiaan elintapojen yhtenäistyessä (31), siirtolaisväestön terveydentilassa voi olla eroavaisuuksia kantaväestöön verrattuna geneettiseen taustaan tai lähtökulttuurista periytyneihin tapoihin liittyen. (32,34-36)

4.2.2 Karjalan alueen väestön terveydentila ennen siirtolaisuutta

Evakuointien terveysvaikutusten tutkimisen mahdollistamiseksi kartoitettiin ensin siirtokarjalaisten terveydentilaa ennen pakkosiirtoja. Tiedot hankittiin vertaamalla Viipurin läänin asukkaita muihin suomalaisiin. Kaikki Viipurin läänin asukkaat eivät kuitenkaan päätyneet siirtoväeksi talvi- ja jatkosodan myötä vaan läänin läntisimmissä osissa asuneet jäivät kotiseuduilleen, joista muodostettiin Kymin lääni.

Tulokset osoittivat luovutetun Karjalan asukkaiden eli tulevien siirtokarjalaisten terveydentilan olleen osittain heikompi koko Suomen tilanteeseen verrattuna jo ennen siirtolaisuutta. Viipurin läänissä oli 1800-luvulla kaikissa ikäryhmissä huomattavasti maan keskiarvoa suurempi kuolleisuus ja lyhyempi elinajanodote (41). Vuosina 1920–1938 Viipurin läänissä imeväiskuolleisuus oli selvästi muun maan tasoa korkeampi ja neljänä vuotena seurannan aikana imeväiskuolleisuus oli Viipurin läänissä koko maan korkein. Alueellisesti oli nähtävissä sekä korkeamman kuolleisuuden että syntyvyyden painottuminen itäisiin ja pohjoisiin lääneihin. (39)

Tuberkuloosi ei selitä Viipurin läänin ylikuolleisuutta 1800-luvulta eteenpäin, sillä kyseisellä ajanjaksolla tuberkuloosi-infektiota esiintyi Viipurin läänin lisäksi tasaisesti myös muualla Suomessa. (40) 1800-luvun puolivälin jälkeen Viipurin tuberkuloosikuolleisuus laski tasaisesti siten, että vuosina 1920–1938 Viipurin lääni kuului Suomen matalimpien tuberkuloosikuolleisuuden alueisiin (39). 1920-luvulla tuberkuloosikuolleisuus väheni merkittävästi koko maassa, ja korkean kuolleisuuden alueita oli enää paikoittain Vaasan ja Oulun lääneissä (40).

Muita merkittäviä kuolleisuutta lisääviä tekijöitä Viipurin läänissä on arveltu olleen koko maata koetelleet 1860-luvun nälkäkriisit ja alueen väkilukuun nähden riittämätön viljantuotantokyky sekä erityisesti sijainti lähellä Venäjää ja Pietaria (41). Rungas kanssakäyminen karjalaisten ja venäläisten välillä tarjosi mm. infektioepidemioille otollisen leviämisenreitin, ja vuosina 1816–1865 tartuntatautikuolleisuus olikin suurin alueilla, jotka sijaitsivat Suomen ja Venäjän rajalla (73).

Vuosina 1920–1938 Viipurin läänin asukkailla esiintyi enemmän kurkkumätää kuin Suomessa keskimäärin, mutta tuli- ja tuhkarokon suhteen tilanne ei poikennut merkittävästi maan keskiarvosta (39). Väentiheys näyttää heijastuvan infektioautien runsauteen, sillä harvaan asutuissa Mikkelin ja Oulun lääneissä oli keskimääräistä vähemmän kaikkia kolmea havainnoitua infektioautia ja toisaalta tiheimmin asutussa Uudenmaan läänissä oli runsaasti rokkotauteja. Tuloksia tulkitessa kävi ilmi, että yksittäinen raju epidemia saattoi muuttaa suuresti keskimääräistä esiintyvyysslukua, kuten havaittiin Ahvenanmaalla riehuneista kahdesta rajusta tuhkarokkoepidemiasta. 18 vuoden seuranta-aika on siis liian lyhyt, jotta voitaisiin vetää luotettavasti pitemmälle meneviä johtopäätöksiä alueen infektioautikuolleisuudesta.

Suomen suurimpien kaupunkien eli Helsingin, Turun, Tampereen, Viipurin, Vaasan ja Oulun kuolinsyyt olivat vuosina 1920–1938 hyvin samankaltaiset keskenään: tuberkuloosi ja verenkierroelimistön sairaudet vaihtelivat keskenään yleisimmän ja toiseksi yleisimmän kuolinsyyntä nimikettä kaikissa tutkituissa kaupungeissa. (39) Kuolinsyytilastoja tarkastellessa on huomioitava, että vuoteen 1880 saakka Suomessa kuolintodistusten teko ja kuolinsyyntä valinta oli papiston tehtävä. Kaupungeissa siirryttiin lääkärien kirjoittamiin kuolintodistuksiin 1890-luvun loppuun mennessä, mutta maaseudulla vanha malli säilyi aina vuoteen 1936 saakka, jolloin kuoleman toteaminen ja kuolinsyyntä määrittäminen tuli lakisääteisesti lääkärien vastuulle. Lisäksi vuonna 1936 otettiin käyttö uusi, 192 kuolinsyyntä sisältävä kuolemansyyntäluokittelu, joka mahdollisti ensimmäistä kertaa koko maanlaajuisen yhtenäisen kuolemansyyntäluokittelun. (74) Tässä tutkimuksessa verrattiin suurimpien kaupunkien kuolinsyyntä, joten voidaan olettaa, että suurin osa kuolinsyyntä on ollut lääkärien määrittämiä ja siten kohtuullisen luotettavia.

Valitulla seuranta-ajalla 1920–1938 oli käytössä sekä uusi että vanha kuolemansyyluokittelu, minkä vuoksi sama sairaus voi esiintyä kahdella eri nimellä, esimerkiksi vanhassa luokittelussa tuberkuloosi oli omana syyluokkana ja uudemmassa luokittelussa siirryttiin käyttämään yleisempää infektioaudit -luokkaa, missä olivat mukana myös tuberkuloosikuolemat. Sama tilanne oli syöpätautien kohdalla: vanhassa luokituksessa käytettiin nimitystä karsinooma, kun uudemmassa luokittelussa kuolinsyyksi ilmoitettiin tuumorit. Lisäksi oman tulkintaongelmansa loivat kuolinsyyluokat, joiden sisältöä ei ollut tarkemmin selitetty. Tällaisia ongelmallisia termejä olivat esimerkiksi ”morbus cerebri”, joka lienee kuvannut neurologisia aivosairauksia, mahdollisesti usein aivoinfarktia, sekä hengitystie-elimistön tauti, jonka aiheuttamaan kuolleisuuteen sisältynee ainakin astmaattisia kohtauksia.

Mielenterveyttä koskevaa tilastotietoa on 1900-luvun alusta vähäisesti saatavilla, mutta karkeana psyykkisen sairastavuuden mittarina käytettiin tässä tutkimuksessa Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) saatua tietoa laitoshoidon vaatineiden psykiatristen sairauksien yleisyydestä. Laitoshoidon vaativaa psykiatrista sairastavuutta Viipurin läänin alueella oli maan keskitasoa vähemmän, mikä ei luonnollisesti kerro tilanteesta lievempien mielenterveyshäiriöiden osalta. Tuloksiin on voinut vaikuttaa myös varsinaisen sairastavuuden lisäksi myös diagnostiikan tason ja hoitolaitospaikkojen määrän vaihtelut, sillä kattava keskus- ja mielisairaalaverkosto rakennettiin Suomessa vasta 1950- ja 1960-luvuilla (75). Nämä tekijät voivat osittain selittää Uudenmaan läänissä havaittua ylisairastavuutta psykiatrisen laitoshoidon suhteen.

Lääkintöhallituksen vuosikirjoista (39) ilmeni, että vuosina 1920–1938 Viipurin läänissä lääkäritiheys oli maan kolmanneksi suurin: yksi lääkäri 4475 asukasta kohden. Ylivoimaisesti eniten lääkäreitä oli tarkasteltuna ajanjaksona Uudenmaan läänissä: yhtä lääkäriä kohtaan oli 1321 asukasta. Uudenmaan läänin tässä vertailussa korkealta näyttävä lääkäritiheysarvo on kuitenkin kokonaisuudessaan vielä hyvin alhainen luku. Vertailun vuoksi todettakoon, että kun vuosina 1920–1938 Suomessa oli keskimäärin yksi lääkäri 3706 asukasta kohden, niin vuonna 2011 Suomen lääkäritiheys oli yksi lääkäri 278 asukasta kohden (76).

Tämä Suomessa vallinnut matala lääkäritiheys onkin merkittävä tekijä arvioitaessa edellä esitettyjen tulosten luotettavuutta. Kaikki apua tarvinneet eivät varmastikaan ole saaneet lääkärin hoitoa ja toisaalta lääkärien huomio on pakostakin kiinnittynyt vakavampiin sairauksiin. Esimerkiksi kurkkumätätapauksia on mahdollisesti raportoitu enemmän kuin normaaliin lapsuuteen kuuluvana pidettyä tuhkarokkoa. Luonnollisesti lääkäreitä oli myös enemmän saatavilla kaupungeissa ja asustuskeskuksissa kuin syrjäisissä maaseutukylissä. Uudenmaan läänin korkea lääkäritiheys saattaa myös selittää alueen aiemmin mainittua korkeampaa psykiatrisen laitoshoidon käyttöastetta.

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että luovutetun Karjalan alueella todettuun ylikuolleisuuteen vaikuttavat todennäköisesti muutkin tekijät kuin infektiosairaudet, vakavien psyykkisten sairauksien määrä tai lääkäritiheys. Aihe vaatii tarkempaa jatkotutkimusta.

4.2.3 Siirtokarjalaisten sopeutumisen onnistuminen

Siirtokarjalaisten sopeutumista seuranneista tutkimuksista kävi ilmi, että siirtokarjalainen väestö juurtui uusille asuinsijoilleen varsin pian alueelle muuttamisen jälkeen siitä huolimatta, että suurin osa samaan aikaan piti uutta elinympäristöä toimeentulon ja viihtyvyyden kannalta huonompana kuin menetettyä kotia Karjalassa. Ilmiö oli nähtävissä sekä maalais- että kaupunkilaissiirtoväen keskuudessa. (43,44) Etenkin siirtokarjalainen maalaisväestö sitoutui uusien tilojensa raivaamiseen ja hoitamiseen, vaikka ne olivat pienempiä ja hallanarempia menetettyihin verrattuna. (48)

Siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten suhteet eivät olleet täysin ongelmattomat, sillä lähes 40 % paikkakuntalaisista ilmoitti erimielisyyksiä esiintyneen väestöryhmien välillä. Kitkaa aiheuttivat etenkin siirtoväen majoittamiseen ja asuttamiseen liittyvät erimielisyydet. Huomionarvoista on, että vain pieni osa erimielisyyksistä liittyi väestöryhmien välisiin luonne-eroihin tai epäluuloihin. (51) Aluksi sosiaalinen kanssakäyminen kuten kyläily ja seura- ja yhdistystoimintaan osallistuminen oli rajoittunut sekä siirtokarjalaisten että paikkakuntalaisten keskuudessa lähinnä oman

väestöryhmän sisälle, mutta ajan myötä väestöryhmien väliset kontaktit lisääntyivät etenkin alle 60-vuotiaiden joukossa. (53-55) Ruokakulttuurien sekoittuminen osoittautui yhdeksi tehokkaimmista vastavuoroisen sopeutumisen muodoista (56).

Yksi tärkeimmistä sopeutumista helpottavista tekijöistä oli ikä: nuoremmilla ikäpolvilla oli vähemmän henkisiä vaikeuksia ja traumaattisia muistoja sota- ja evakkoajoilta sekä enemmän ystävyssuhteita paikkakuntalaisten kanssa (59). Pakkosiirron henkilökohtaisesti kokeneella sukupolvella luonnollisesti esiintyi entisen elämän vertaamista nykyiseen ja usein tietynlaista menetetyn kotiseudun ihannointia, mikä usein vaikeuttaa sopeutumista (44). Sen sijaan siirtovaiheessa tai sen jälkeen syntyneellä sukupolvella ei ollut tätä omakohtaisiin tunteisiin ja kokemuksiin perustuvaa sopeutumisestettä ylitettävänä. Muita sopeutumista helpottaneita tekijöitä olivat siirtoväen oman ryhmätietoisuuden heikkeneminen (57,58), elintason paraneminen (61) ja siirtokarjalaisten yleisesti jakama tunne siitä, että sotavuosien koettelemusten jälkeen pahin vaihe oli jo ohitettu, mikä lisäsi toiveikkuutta myös uutta elämäntilannetta kohtaan. (62)

Kokonaisuutena sekä siirtokarjalaisten sulautuminen uuteen ympäristöön että paikkakunnan muun väestön hyväksyvä asenne siirtoväkeä kohtaan vaikutti kehittyneen nopeammin kaupungeissa kuin maaseudulla.(61) 2000-luvulle tultaessa alkuperäisten siirtokarjalaisten ja paikkakuntalaisten välillä ei enää ollut nähtävissä sosioekonomisia eroja esimerkiksi koulutustason, siviilisäädyn tai asunnon omistamisen suhteen (63). Tulosten perusteella voidaan todeta, että alun vaikeuksien jälkeen siirtokarjalaisten sulautuminen suomalaiseen yhteiskuntaan on onnistunut ilman vakavia yhteiskunnallisia ongelmia ainakin sosioekonomisella tasolla.

4.2.4 Siirtokarjalaisten terveydentila

Siirtokarjalaisten terveydentilaa suoranaisesti käsittelevää tieteellistä tutkimusta on tehty niukasti. Suurin osa aiheeseen liittyvästä tiedosta koskee kuolleisuuslukuja, ja spesifisempää sairauskohtaista tietoa on vähän saatavilla. Kuitenkin jo olemassa olevan tiedon perusteella voidaan todeta, että siirtokarjalaisten terveydentilassa oli

kantaväestöstä poikkeavia piirteitä. Uudisraivauksen jälkeisinä vuosina siirtokarjalaisten tilojen emännillä oli enemmän kroonisia sairauksia kuin paikkakuntalaistilojen emännillä (46). 1970- ja 1980-luvuilla siirtokarjalaisten ja muun väestön kokonaiskuolleisuusluvut olivat lähes identtiset keskenään (63), mutta tarkemmassa kuolinsyiden erottelussa siirtokarjalaisella väestöllä todettiin olevan noin 15 % korkeampi sepelvaltimotautikuolleisuus asuinpaikasta riippumatta. Itä-Suomeen asettuneilla siirtokarjalaisilla esiintyi ylikuolleisuutta myös muiden verenkiertoelimistön sairauksien suhteen. Kuolleisuus muihin kuolinsyihin oli joko keskimääräistä tasoa tai vähän sen yläpuolella. (68)

Yksi syy siirtokarjalaisten korkeaan sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen voi olla yhteys traumaattisten kokemusten ja kroonisten sairauksien välillä. Laaja tutkimusaineisto osoittaa traumaperäisestä stressihäiriöistä kärsivillä olevan suurempi riski hengitys-, sydän- ja verenkierto-, ruoansulatus- ja endokriinisen elimistön sairauksien kehittymiseen (77): esimerkiksi verenpainetautia, astmaa, mahahaavoja ja itsemurhayrityksiä esiintyy enemmän (78). Yleisesti on arvioitu, että vaikean stressitilanteen kokeneista jopa 20–30%:lle voi kehittyä traumaperäinen stressihäiriö (79). Vaikka siirtokarjalaisten kohdalla ei löydy tutkittua tietoa mielenterveydellisestä statuksesta, on olosuhteiden valossa todennäköistä, että traumaperäistä stressihäiriötä on kehittynyt siirtokarjalaisten keskuudessa siinä missä muissakin traumaattisia tapahtumia kokeneissa ryhmissä.

Ajatusta traumaattisten kokemusten ja korkean kuolleisuuden välisestä yhteydestä tukee siirtokarjalaisten miesten kuolleisuuden äkillinen 15 %:n nousu 1990-luvun alussa, sillä kuolleisuuspiikki ilmeni samanaikaisesti luovutetun Karjalan palauttamista vaativan kohun yhteydessä. 1980-luvun lopussa kansainvälisessä politiikassa tapahtui useita muutoksia: Neuvostoliiton perestroika-politiikan myötä tapahtunut poliittisen ilmapiirin lientyminen, Berliinin muurin murtuminen, Kylmän sodan loppuminen ja Neuvostoliiton hajoaminen. Nämä tekijät yllyttivät Suomessa kansallista keskustelua luovutetun Karjalan alueiden palauttamisesta takaisin Suomen yhteyteen, mikä luonnollisesti oli siirtokarjalaisille tunteita herättävä aihe. Karjalan takaisinpalauttaminen oli intensiivisen huomion kohteena juuri 1980- ja 1990-luvun vaihteessa – samoina vuosina, joina nähdään tilastoissa siirtokarjalaisten miesten kuolleisuuspiikki. (63) Aiemmin

kohonneen stressitason on todettu korreloivan erityisesti korkeamman sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden kanssa (80). Siirtokarjalaisten kokemat traumaattiset kokemukset sodan, evakoinnin ja siirtolaisuuden myötä saattavat siis vaikuttaa epäedullisesti väestöryhmän terveydentilaan vielä vuosikymmeniä siirtolaisuuskauden jälkeenkin.

Toisaalta tässä tutkimuksessa todettiin luovutetun Karjalan alueen väestöllä olleen korkeampi kuolemanriski jo ennen siirtolaiseksi joutumista. Viime vuosikymmeninä Suomen alueellisia kuolleisuuseroja tarkasteltaessa on ollut selvänä piirteenä kuolleisuuden suureneminen lounaasta koilliseen ja lännestä itään siirryttäessä (81). Sama ilmiö oli nähtävissä myös tässä tutkimuksessa: kuolleisuus oli itäisissä ja pohjoisissa Viipurin, Mikkelin, Kuopion ja Oulun lääneissä maan keskitasoa korkeampi jo vuosina 1920–1938. (39) Itä- ja Koillis-Suomen kohonneen kuolemanriskin on todettu johtuvan sydän- ja verisuonitautien yleisyydestä. Ylikuolleisuutta esiintyy nimenomaan Itä- ja Koillis-Suomessa syntyneillä myöhemmästä asuinalueesta riippumatta, mikä viittaa siihen, että itäsuomalaisilla on sepelvaltimotautivaaran kannalta epäedullisempi perimä. Toisaalta myös asuminen suuren vaaran alueella lisää jonkin verran kuolemanriskiä, vaikkei henkilö olisi syntynyt samalla alueella. Tämä viitanee Itä-Suomessa vallinneisiin epäterveellisempiin elämäntapoihin etenkin ruokailun ja tupakoinnin osalta. (68)

Siirtokarjalainen väestö kuului ennen pakkosiirtoja itäsuomalaiseen väestöön ja näin ollen sillä on samanlainen geneettinen ja elintapoihin liittyvä riskiprofiili kuin Suomen rajojen sisäpuolelle jääneellä itäsuomalaisella väestöllä. Niinpä nykytiedon valossa ei varmasti osata erottaa, missä määrin siirtokarjalaisten parissa havaittu korkeampi sepelvaltimotautikuolleisuus liittyy itäsuomalaiseen perimään ja elintapoihin, ja miten suuri osa ylikuolleisuudesta voisi selittyä varsinaisilla siirtolaisuuden terveysvaikutuksilla. Luovutetun Karjalan takaisinpalauttamiskeskustelua seurannut siirtokarjalaisten miesten ylikuolleisuuspiikki kuitenkin vaikuttaa luotettavalta merkiltä psykososiaalisen stressin vaikutuksista, sillä tutkimuksessa verrattiin siirtokarjalaista väestöä nimenomaan itäsuomalaiseen kantaväestöön. Mielenkiintoinen lisähuomio tutkimuksessa oli, että siirtokarjalaisten naisten kuolleisuus ei noussut miesten tavoin,

mikä voi viitata sukupuolien välisiin eroihin traumaperäisten kokemusten ja psykososiaalisen stressin käsittelyssä (63).

4.2.5 Siirtokarjalaisuustutkimuksen tulevaisuus

Tämä tutkimus osoitti, että tarve siirtokarjalaisten terveyttä käsittelevälle lisätutkimukselle on olemassa. Erityisesti siirtolaisuuden vaikutuksista siirtokarjalaisten mielenterveyteen ei ole olemassa luotettavaa tutkimustietoa, vaikka siirtolaisuudella yleisesti on osoitettu olevan useita haitallisia vaikutuksia psyykkiseen terveyteen. Muita tulevia tutkimuskohteita voisivat olla siirtokarjalaisten kuolemansyiden tarkempi erittely, siirtokarjalaisten miesten ja naisten erot sopeutumisessa psykososiaaliseen stressiin, sekä siirtolaisuuden pitkäaikaisvaikutusten tutkiminen siirtokarjalaisten seuraavassa sukupolvessa. Siirtokarjalaisten alueellista sijoittumista tarkastelemalla voidaan myös saada lisätietoa suomalaisten alueellisten kuolleisuuserojen tutkimukseen.

Luotettavan tieteellisen tiedon tuottaminen siirtolaisuudesta on tulevaisuutta ajatellen erittäin tärkeää, sillä pelkästään ilmaston lämpenemisestä johtuvan aavikoitumisen ja merenpinnan nousun on ennustettu aiheuttavan 150 miljoonan ilmastopakolaisen synnyn vuoteen 2050 mennessä (82). Suuri osa näistä luonnonvoimien tieltä pakkosiirretyistä tulee menettämään kotinsa pysyvästi ja sijoittumaan kotimaansa rajojen sisäpuolelle muodostaen tilanteen, joka muistuttaa suuresti siirtokarjalaisten tilannetta. Näin ollen karjalaisen siirtoväen tutkiminen voi tarjota tuleville sukupolville arvokasta tietoa, jonka avulla voimme ennakoida siirtolaisten tarvitsemaa tukea traumaattisen kokemuksen jälkeen, ja mahdollisesti oppia ehkäisemään siirtolaisuudesta aiheutuvia terveyshaittoja.

Lähteet

- (1) 2009 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons UNHCR Statistical Online Population Database, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). www.unhcr.org/statistics/populationdatabase. Viitattu 26.7.2010.
- (2) Waris H. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta. Helsinki: Otava; 1952.
- (3) Waris H. Johdanto. 1 Pakolaiset ja siirtoväki. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 14-15.
- (4) Sallinen-Gimpl P. 1.3 Tutkimuskohde, 1.3.1 Siirtoväki. Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen. 1st ed. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 1994. p. 12.
- (5) Sallinen-Gimpl P. Kartta 1. Karjalan alueet. Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen. 1st ed. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 1994. p. 13.
- (6) Korpela J. Viipurin linnaläänin synty, Viipurin läänin historia 2. Joensuu: Karjalan Kirjapaino; 2004.
- (7) Waris H. Siirtoväen kotiseutu -luovutettu Karjala. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 34-41.
- (8) Waris H. 2. Evakuointi- ja sijoituspolitiikka. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 47-52.
- (9) Waris H. 5. Asutuspolitiikka. Pika-asutus. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 102-106.
- (10) Waris H. Siirtoväki jatkosodan aikana 1941-44. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta. Helsinki: Otava; 1952. p. 52-64.
- (11) Waris H. Siirtoväki sotien jälkeen 1945-49. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 65-69.
- (12) Waris H. Maanhankinta-asutus. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta. Helsinki: Otava; 1952. p. 111-133.
- (13) Waris H. Sijoitussuunnitelman toteutuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 69-71.
- (14) Waris H. Siirtoväen alueellinen sijoittuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 290-297.
- (15) Ahto S. Aseveljet vastakkain: Lapin sota 1944-1945. Helsinki: Kirjayhtymä; 1980.
- (16) Sallinen-Gimpl P. 1.4 Siirtoväen sijoittuminen. Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen. 1st ed. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 1994. p. 20-25.

- (17) Jyrkilä F. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 1, Maatila, talouskeskus ja koti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1975.
- (18) Jyrkilä F. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976.
- (19) Sallinen-Gimpl P. Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen. 1st ed. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 1994.
- (20) Keyes EF. Mental health status in refugees: an integrative review of current research. *Issues Ment Health Nurs* 2000 Jun;21(4):397-410.
- (21) Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress* 2001 Oct;14(4):817-834.
- (22) Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005 Jan;162(1):12-24.
- (23) Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005 Apr 9-15;365(9467):1309-1314.
- (24) Roberts B, Ocaña KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry* 2008;8:38.
- (25) Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev* 2008 Jan;28(1):36-47.
- (26) Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(9):1160-1166.
- (27) Aspinall PJ. Suicide amongst Irish migrants in Britain: a review of the identity and integration hypothesis. *Int J Soc Psychiatry* 2002 Dec;48(4):290-304.
- (28) Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009 Jul;69(2):246-257.
- (29) Kuwert P, Brahler E, Glaesmer H, Freyberger HJ, Decker O. Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr* 2009 Aug;21(4):748-753.
- (30) Uscher-Pines L. Health effects of relocation following disaster: a systematic review of the literature. *Disasters* 2009 Mar;33(1):1-22.
- (31) Heron M, Schoeni RF, Morales L. Health Status among Older Immigrants in the United States. PSC Research Report 2003;03-548.

- (32) Darmon N, Khlai M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr* 2001 Apr;4(2):163-172.
- (33) Korkiasaari J. Suomalaisten Ruotsiin suuntautuneen siirtolaisuuden yhteiskunnalliset syyt 1900-luvulla. Siirtolaisuusinstituutti – Migrationsinstitutet 2001.
- (34) Sundquist J, Johansson SE. The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993. *Int J Epidemiol* 1997 Apr;26(2):279-287.
- (35) Adelman S, Blanchard M, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of dementia or relative cognitive impairment in the older African-Caribbean population in Britain. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Jul;24(7):657-665.
- (36) Ballin A, Somekh E, Geva D, Meytes D. High rate of asthma among immigrants. *Med Hypotheses* 1998 Oct;51(4):281-284.
- (37) Tinghög Petter, Hemmingsson Tomas, Lundberg Ingvar. To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007 December;42(12):990-996.
- (38) Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005 Aug 3;294(5):602-612.
- (39) Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920-1938. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Lääkintöhallitus; 1921-1939.
- (40) Backman W, Savonen S. Keuhkotaudin kulku Suomessa 1771-1929. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen julkaisu N:o 24. Helsinki; 1934.
- (41) Pitkänen K, Koskinen S, Martelin T. Kuolleisuuden alue-erot ja niiden historia. *Duodecim* 2000;116(16):1697-1710.
- (42) Waris H. Sosiologisia peruskäsitteitä. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 134-137.
- (43) Waris H. Siirtoväen taloudellinen mukautuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 170-183.
- (44) Waris H. Valkeakosken siirtoväen viihtyvyys. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 258-275.
- (45) Waris H. Kylmä tila ja sen raivaaja. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 183-197.
- (46) Jyrkilä F. Identifioituminen ja integroituminen. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 133-143.
- (47) Waris H. Siirtoväen asennoituminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 313-317.

- (48) Jyrkilä F. Tilan pinta-ala ja pellon ala. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 5-10.
- (49) Jyrkilä F. Sivuansiot ja toimeentulo. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 78-79.
- (50) Jyrkilä F. Metsä. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 20-23.
- (51) Waris H. Paikkakuntalaisten mukautuminen siirtoväkipolitiikkaan. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 199-206.
- (52) Waris H. Paikkakuntalaisten suhtautuminen karjalaisiin. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 206-220.
- (53) Waris H. Siirtokarjalaiset paikkakuntalaisyhteisöissä. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 227-238.
- (54) Jyrkilä F. Vierailut. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 99-112.
- (55) Jyrkilä F. Luottamustoimet. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 2, Fyysinen ja sosiaalinen sopeutuminen Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1976. p. 82-98.
- (56) Jyrkilä F. Ateriointi. Siirtoväen sopeutuminen kylmillä tiloilla. 1, Maatila, talouskeskus ja koti Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, sosiologian laitos; 1975. p. 118-124.
- (57) Waris H. Siirtokarjalaiset omana yhteisönään. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 220-227.
- (58) Waris H. Valkeakosken siirtoväen sulautuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 280-288.
- (59) Waris H. Ikä ja sopeutuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 242-252.
- (60) Waris H. Paluu takaisin vallattuun Karjalaan. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 167-170.
- (61) Waris H. Valkeakosken teollisen siirtoväen sopeutumiskuva. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 288-289.
- (62) Waris H. Aika ja sopeutuminen. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 317-325.
- (63) Saarela J, Finnas F. Forced migration and mortality in the very long term: did perestroika affect death rates also in Finland?. *Demography* 2009 Aug;46(3):575-587.

- (64) Waris H. Siirtoväki väestöllisenä tekijänä. Siirtoväen sopeutuminen: tutkimus Suomen karjalaisen siirtoväen sosiaalisesta sopeutumisesta Helsinki: Otava; 1952. p. 299.
- (65) Cornia G. Short-Term, Long-Term, and Hysteresis Mortality Models: A review. In: Cornia G, Panizza R, editors. *The Mortality Crisis in Transitional Economies* Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 59-82.
- (66) Ponteva M. Psykiatriset sairaudet Suomen puolustusvoimissa vuosina 1941-1944. *Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti* 1977;52:31-208.
- (67) Viukari M. Sotastressi ja maantieteellinen sydänkuolleisuus. *Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning* 1995;50(35):3878-3879.
- (68) Koskinen S. Miksi kuolleisuus sepelvaltimotautiin on suurempi Itä-Suomessa kuin Länsi-Suomessa? *Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning* 1995;50(32):3419-3428.
- (69) Schenk L, Neuhauser H. [Methodological standards for migrant-sensitive epidemiological research]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005 Mar;48(3):279-286.
- (70) Gale CR, Martyn CN. Migrant studies in multiple sclerosis. *Prog Neurobiol* 1995 Nov-Dec;47(4-5):425-448.
- (71) Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: A meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress* 2001;14(4):817-834.
- (72) Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005 Apr 9-15;365(9467):1309-1314.
- (73) Turpeinen O. Regional differentials in finnish mortality rates 1816–1865. *Scandinavian Economic History Review* 1973 07/01; 2013/02;21(2):145-163.
- (74) Forsius A. Tautinimistöjen kehitys Ruotsissa ja Suomessa vuosina 1749–1809 ja Suomessa sen jälkeen. 2007; <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/tautini2.htm>. Viitattu 1.3. 2013.
- (75) Teperi J, Vuorenkoski L. Duodecim Terveyskirjasto: Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. 18.7.2005; http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005. Viitattu 1.3.2013.
- (76) Suomen Lääkirilehden uutisia: Lääkärien määrä kasvaa. 2011; http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=10199/type=1. Viitattu 1.3.2013.
- (77) Wilson J, Raphael B. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press 1993; 1993.
- (78) Davidson J, Hughes D, Blazer D. Posttraumatic stress disorder in the community. *Psychol Med* 1991;2:713-721.

(79) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt (online). Käypä hoito suositus. 2009; <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50080.pdf>. Accessed 23.2.2013.

(80) Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev Public Health* 2005;26:469-500.

(81) Martelin T, Koskinen S, Valkonen T. Suomalaisten terveys: Kuolleisuuden alue-erot. 18.7.2005; http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00021&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=4597. Viitattu 19.2.2013.

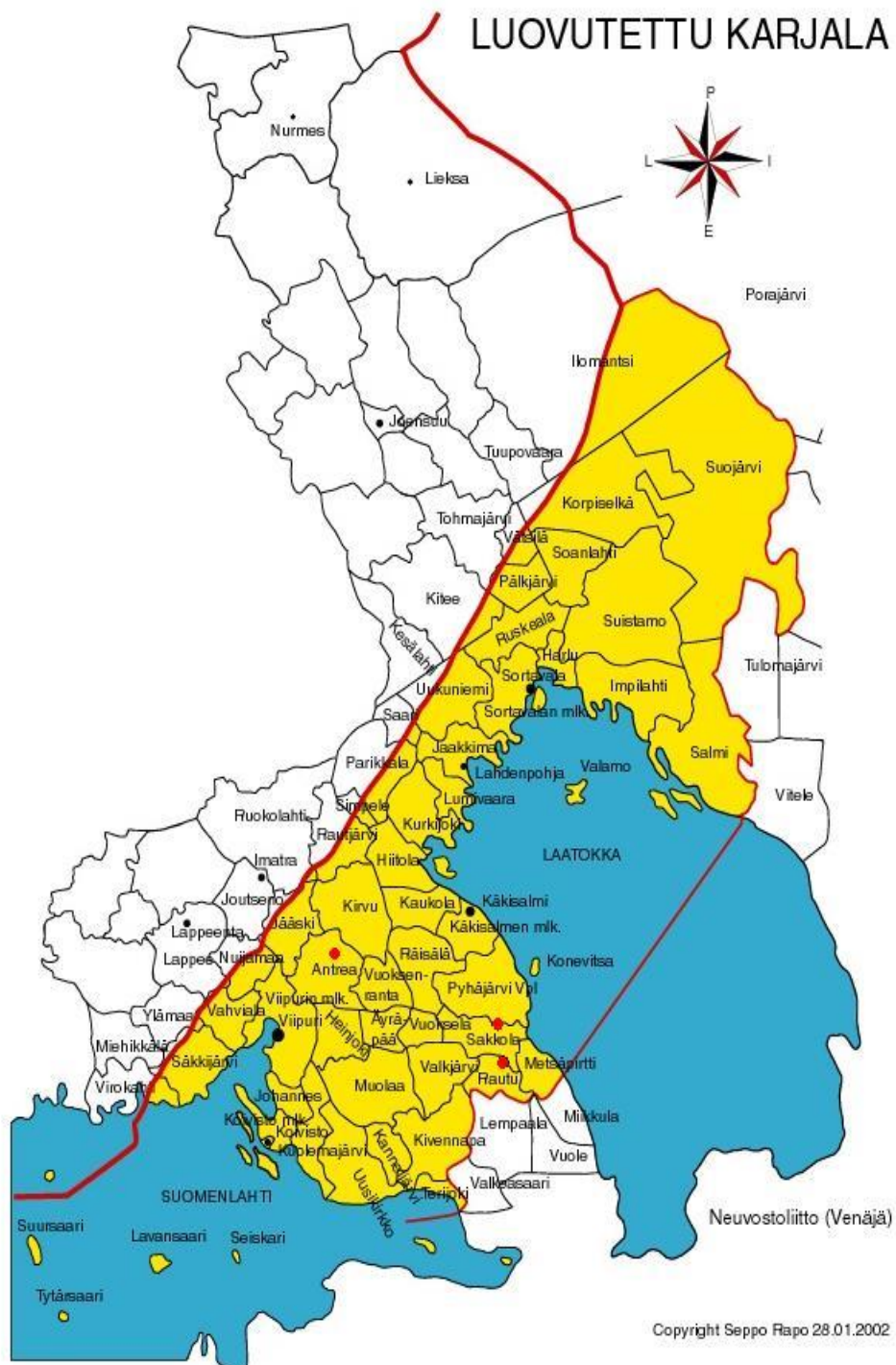
(82) No Place Like Home - Where next for climate refugees? Environmental Justice Foundation: London. 2009; www.ejfoundation.org/reports. Viitattu 27.7.2010.

(83) Rapo S. Luovutettu Karjala- kartta. 28.1.2002; <http://www.luovutettukarjala.fi/kartat/luovkarjkar.htm>. Viitattu 24.2. 2013.

(84) Karjalaisten sijoittuminen -kartta. <http://www.luovutettukarjala.fi/kartat/karjala.htm>. Viitattu 28.2.2013.

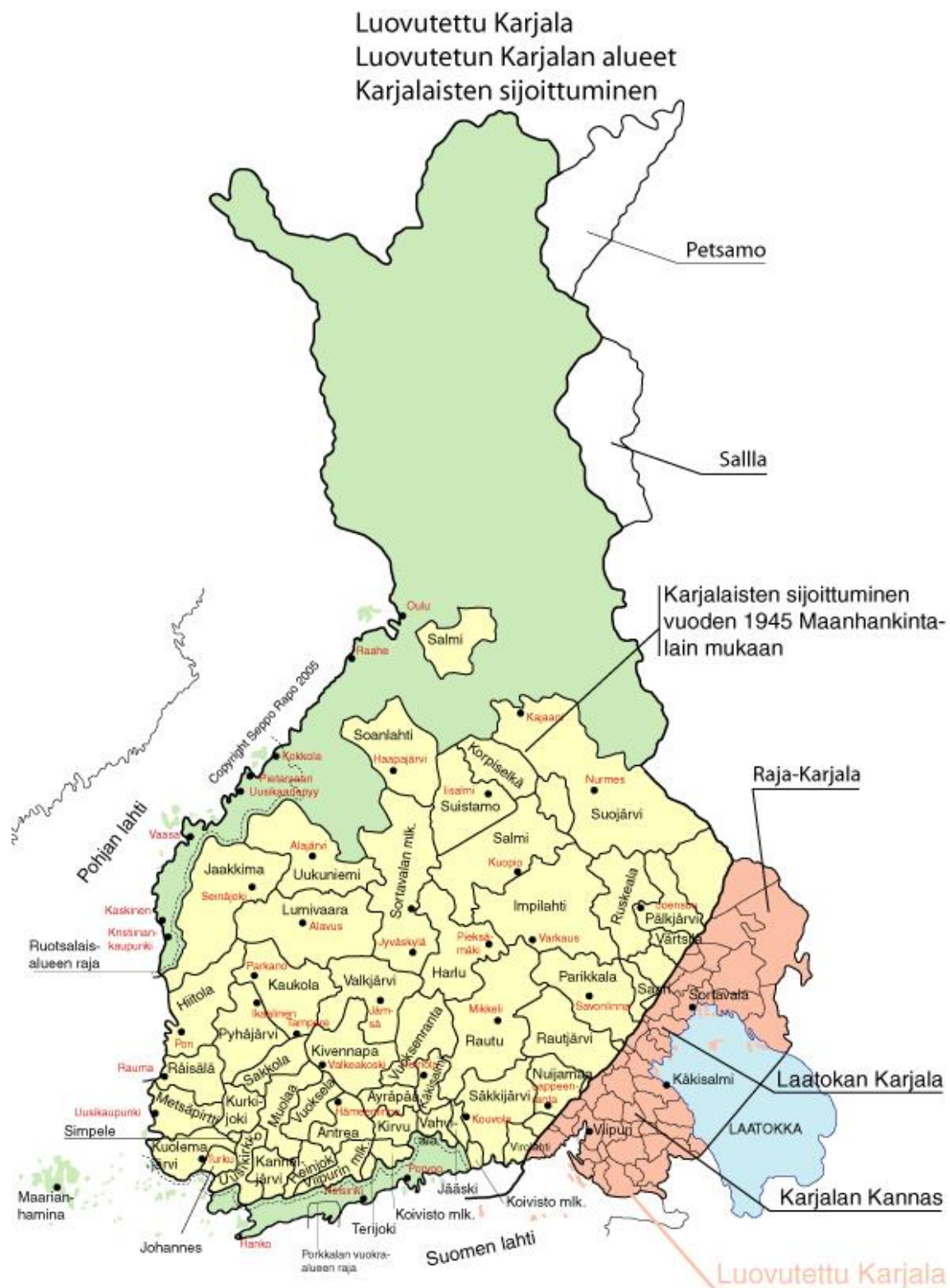
(85) Wikimedia commons: Suomen läänit 1938-kartta. 3.2.2012; http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Finnish_counties_1938.jpg. Viitattu 24.2.2013.

Liite 1. Talvi- ja jatkosodan jälkeen luovutetut maa-alueet Karjalassa



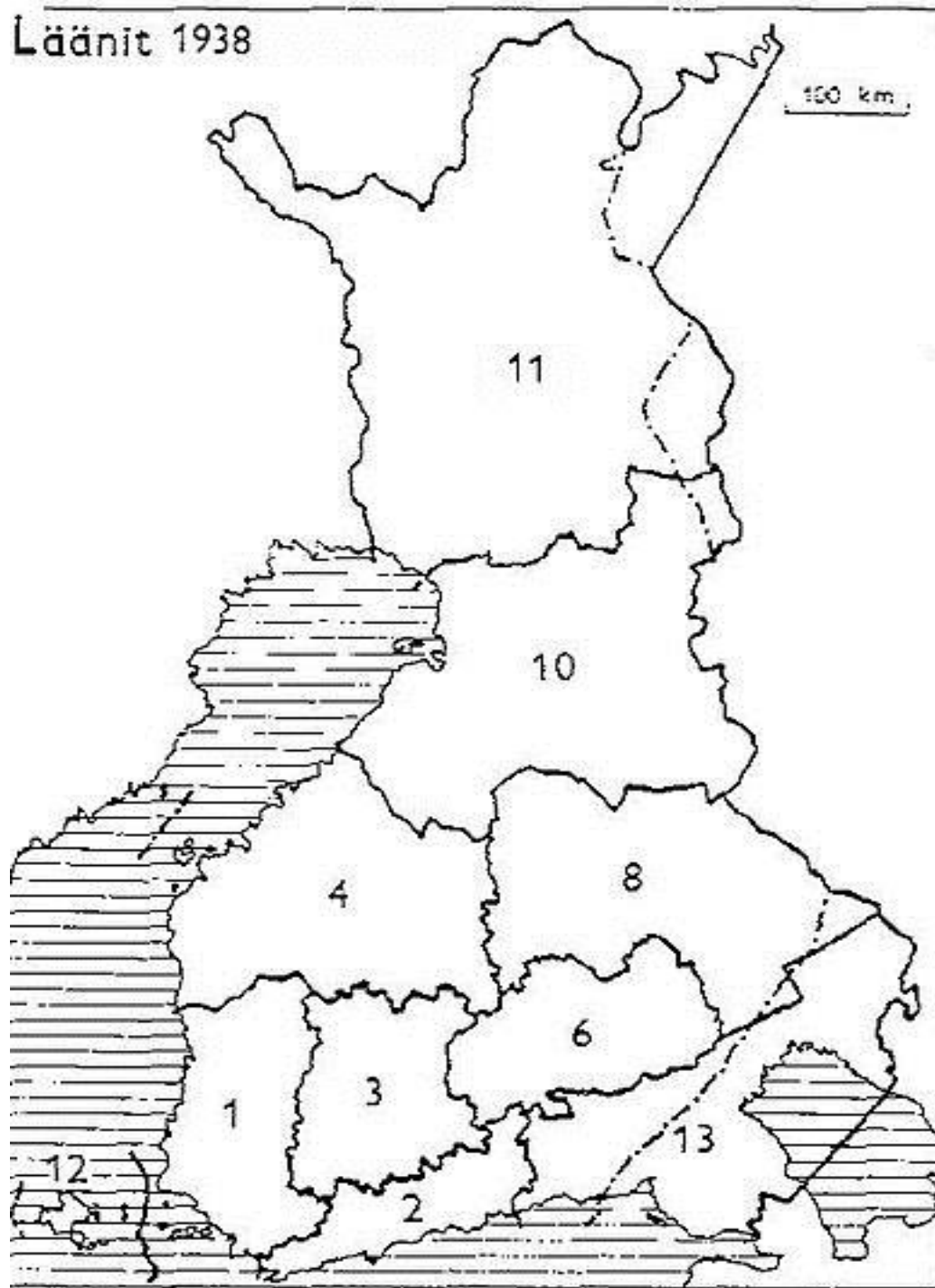
Lähde: Luovutettu Karjala- Internet-sivusto, copyright Seppo Rapo 28.1.2002, (83)

Liite 2. Siirtokarjalaisten sijoitussuunnitelma vuonna 1945



Lähde: Luovutettu Karjala- Internet-sivusto, (84)

Liite 3. Suomen läänit vuotena 1938



1= Turun ja Porin lääni, 2= Uudenmaan lääni, 3= Hämeen lääni, 4= Vaasan lääni, 6= Mikkelin lääni, 8= Kuopion lääni, 10= Oulun lääni, 11= Lapin lääni, 12= Ahvenanmaan lääni, 13= Viipurin lääni. Huomio: Numerointi ei kuvasta läänien kokonaismäärää.
Lähde: Wikimedia Commons- Internet-sivusto (85)

Liite 4. Suomen läänien väkiluvun kehitys vuosina 1920–1938

Vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	429741	492714	355889	557735	202970	347865	540431	364395	27783		3319574
1922	448202	500782	361723	568321	204478	351434	553136	374929	28037		3391042
1924	461836	505238	368874	572477	206612	354239	558284	386947	28049		3442556
1926	471727	508839	376789	587804	207740	363264	564003	397699	28234		3506099
1928	483198	512959	376031	599790	208554	366939	569613	405843	28171		3551098
1930	498665	518299	380301	608394	208099	373601	568829	416536	28604		3601328
1932	527851	519418	386839	625612	201647	373539	579472	427544	28109		3670032
1934	542908	523951	395856	636980	203787	382650	589024	438274	28260		3741660
1936	557841	528561	401630	649758	204141	386804	592401	451599	28376		3801111
1938	578128	533679	410953	661309	202951	388934	593738	320721	28806	134079	3853298
yht.	5000097	5144440	3814885	6068180	2050979	3689269	5708931	3984487	282429	134079	35877798

Taulukko 2. Suomen läänien väkiluvun kehitys vuosina 1920- 1938. Yht.= väkilukujen summa kaikilta vuosilta. Summalukua käytettiin laskettaessa seuranta-ajan keskimääräisiä esiintymislukuja esimerkiksi tartuntatautien osalta.

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Liite 5. Kuolleisuus ja syntyvyys lääneittäin vuosina 1920–1938

Kuolleisuus											
	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	13,1	16,0	15,1	15,7	16,9	18,4	15,0	18,5	11,7		15,9
1922	11,8	14,1	13,8	13,9	16,2	15,4	14,9	15,5	12,6		14,3
1924	12,2	14,2	14,6	15,7	16,4	17,0	15,7	17,5	12,3		15,2
1926	11,6	12,9	12,5	14,0	14,2	13,9	12,8	15,0	11,4		13,3
1928	12,2	13,1	13,0	14,0	13,0	14,8	13,2	14,6	12,9		13,5
1930	11,6	13,2	12,9	13,4	14,3	13,8	13,0	14,3	12,0		13,2
1932	11,3	12,9	12,1	12,3	13,8	13,7	12,0	14,0	11,8		12,6
1934	10,8	12,4	11,8	12,6	13,9	13,6	11,7	13,2	10,8		12,3
1936	12,3	13,2	12,8	13,2	14,7	14,0	12,8	12,7	11,3		13,1
1938	11,2	12,6	12,1	12,4	13,9	13,4	11,8	12,7	10,8	13,4	12,3
keskiarvo	11,81	13,46	13,07	13,72	14,73	14,8	13,29	14,8	11,76	13,4	13,57
<1v kuolleisuus											
	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	79	84	89	102	97	105	94	109	72		96
1922	84	93	83	112	107	100	94	111	57		99
1924	100	78	95	118	105	112	113	111	53		106
1926	67	71	74	96	80	77	80	91	63		81
1928	65	65	70	96	84	88	80	105	63		83
1930	60	63	67	88	82	78	71	83	48		75
1932	64	59	62	79	68	76	61	83	64		70
1934	55	58	64	83	75	75	71	88	63		73
1936	50	48	55	75	69	69	64	77	40		64
1938	49	61	59	70	68	67	61	77	62	94	65
keskiarvo	67,3	68,0	71,8	91,9	83,5	84,7	78,9	93,5	58,5	94,0	81,2

Syntyvyys											
	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	19,3	23,2	23,7	26,9	25,5	29,4	24,9	30,4	15,5		25,3
1922	17,2	21,6	22,6	24,6	23,8	26,6	23,5	29,2	16,2		23,4
1924	16,9	21,0	22,0	23,8	25,8	25,4	21,6	27,9	13,4		22,5
1926	15,9	20,0	13,4	23,8	24,1	27,0	21,5	28,2	13,4		22,2
1928	15,4	20,3	19,9	22,8	22,6	25,7	20,9	27,2	12,9		21,5
1930	14,8	19,4	19,5	21,4	21,8	24,5	19,9	26,3	10,9		20,6
1932	13,2	17,5	17,5	19,3	20,2	22,9	18,5	24,9	13,4		18,9
1934	12,0	16,7	16,2	18,8	19,5	22,5	17,9	23,6	12,3		18,0
1936	12,5	16,8	17,1	18,2	19,0	21,9	17,8	23,3	12,3		18,0
1938	14,6	18,3	18,1	19,5	21,1	23,5	19,3	25,5	13,4	25,6	19,6
keskiarvo	15,18	19,48	19,0	21,91	22,34	24,94	20,58	26,65	13,37	25,6	21,0

Taulukko 3. Syntyvyys ja kuolleisuus lääneittäin vuosina 1920–1938. Kuolleisuus= yli yksivuotiaina kuolleita /1000 asukasta, <1v kuolleisuus= alle yksivuotiaina kuolleita /1000 asukasta, syntyvyys= syntyneitä /1000 asukasta. Keskiarvo: keskimääräinen luku koko ajanjaksolta 1920–1938, lukua käytettiin tutkielman taulukon piirtämisessä

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Liite 6. Tuberkuloosikuolemien osuus lääneittäin vuosina 1920–1938.

vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	14,7	14,8	14,9	11,2	7,4	12,0	18,0	12,8	9,6		13,6
1922	16,1	16,8	16,1	12,0	7,3	15,3	19,1	16,4	10,8		15,4
1924	15,2	16,1	14,2	12,5	7,1	13,7	18,4	17,7	10,4		14,9
1926	15,6	16,3	15,3	11,4	7,4	16,2	18,7	19,0	10,6		15,3
1928	15,9	16,7	15,1	12,1	8,6	14,2	19,1	16,8	11,2		15,2
1930	16,9	17,5	15,7	12,3	8,2	15,0	18,0	19,7	14,0		15,8
1932	15,6	15,1	14,1	10,9	7,4	14,1	17,9	17,2	10,5		14,5
1934	13,4	13,9	13,2	10,2	7,0	12,2	15,7	16,6	9,5		13,1
1936	15,0	16,1	14,6	12,3	8,3	15,2	18,1	18,8	13,1		15,1
1938	13,4	16,2	13,4	11,9	9,8	15,5	18,0	18,9	13,8	18,9	14,9
keskiarvo	15,18	15,95	14,66	11,68	7,85	14,34	18,1	17,39	11,35	18,9	14,78

Taulukko 4. Tuberkuloosikuolemien osuus prosentteina kaikista kuolemantapauksista lääneittäin vuosina 1920–1938. Keskiarvo: kunkin läänin keskimääräinen tuberkuloosikuolemien prosenttiosuus koko seuranta-aikana, lukua käytettiin kuvaajan piirtämisessä.

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Liite 7. Tartuntatautitapaukset lääneittäin vuosina 1920–1938

Kurkkumätä											
vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko suomi
1920	1493	1378	777	776	149	356	1049	321	49		6348
1922	322	280	198	259	81	138	431	202	36		1947
1924	153	132	174	197	38	136	303	165	8		1306
1926	111	99	129	247	40	101	279	138	0		1144
1928	92	40	138	212	21	112	200	164	5		984
1930	181	55	109	260	27	108	92	135	1		968
1932	245	187	67	419	97	249	280	65	0		1609
1934	168	323	253	697	154	655	379	508	0		3137
1936	231	472	169	1310	80	849	978	443	3		4535
1938	129	352	94	826	91	457	735	210	0	42	2936
Yht.	3125	3318	2108	5203	778	3161	4726	2351	102	42	24914
/1000as.	0,62	0,64	0,55	0,86	0,38	0,86	0,83	0,59	0,36	0,31	0,69
Tuhkarokko											
Vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko suomi
1920	2270	1890	1475	1284	619	1463	2843	1212	124		13180
1922	1816	280	1054	159	109	1125	197	40	0		4780
1924	140	706	90	1526	241	339	1610	625	68		5345
1926	91	2204	845	216	68	221	683	239	7		4574
1928	472	377	1048	2087	115	1091	930	1229	34		7383
1930	638	61	58	52	38	273	194	5	146		1465
1932	50	28	23	121	130	59	36	759	0		1206
1934	2141	2521	3702	2091	1174	2725	3628	982	727		19691
1936	33	15	29	128	57	107	8	33	301		711
1938	6072	64	152	61	37	54	653	73	0	23	7189
Yht.	13723	8146	8476	7725	2588	7457	10782	5197	1407	23	65524
/1000 as.	2,74	1,58	2,22	1,27	1,26	2,02	1,89	1,30	4,98	0,17	1,83

Tulirokko											
vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko suomi
1920	257	269	216	279	62	502	492	189	3		2269
1922	250	193	96	89	12	38	70	210	14		972
1924	682	180	302	228	48	142	141	118	1		1842
1926	623	194	283	416	56	364	177	108	0		2221
1928	974	187	287	428	74	209	145	73	3		2380
1930	1226	780	525	542	112	278	243	135	14		3855
1932	969	1012	377	567	148	323	146	351	17		3910
1934	982	794	965	877	152	257	394	207	26		4654
1936	2662	2434	1658	2305	419	691	985	250	0		11404
1938	1774	1396	1182	990	264	352	1574	431	1	445	8409
Yht.	10399	7439	5891	6721	1347	3156	4367	2072	79	445	41916
/1000 as.	2,08	1,45	1,54	1,11	0,66	0,86	0,76	0,52	0,28	3,32	1,17

Taulukko 5. Kurkkumädän, tuhka- ja tulirokon tautitapaukset lääneittäin vuosina 1920–1938.

Yht.= tautitapausten yhteismäärä, lukua käytettiin laskettaessa keskimääräistä esiintymistä seuranta-aikana

/1000as.= keskimääräinen tautitapausten määrä tuhatta asukasta kohden seuranta-aikana (laskukaava: läänin vuosittaisten tautitapausten summa/ läänin vuosittaisten väkilukujen summa * 1000)

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Liite 8. Psykiatriseen laitoshoitoon otettujen potilaiden lukumäärä ja kotilääni vuosina 1920–1938.

MIEHET									
vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Koko maa
1920	75	65	43	93	25	32	74	30	437
1922	185	64	40	93	16	44	78	15	535
1924	239	62	46	88	34	40	72	25	606
1926	194	58	63	102	28	45	51	36	577
1928	218	68	55	84	14	51	68	54	612
1930	700	315	267	275	87	137	185	128	2094
1932	772	380	328	309	97	162	226	192	2466
1934	724	325	256	424	96	209	193	184	2411
1936	833	425	313	479	85	243	263	242	2883
1938	651	401	307	398	111	250	269	220	2607
Yhteensä	4591	2163	1718	2345	593	1213	1479	1126	15228
/1000 as	0,92	0,42	0,45	0,39	0,29	0,33	0,26	0,28	0,42
NAISET									
vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Koko maa
1920	38	58	38	78	14	36	38	16	316
1922	230	54	39	77	12	34	57	13	516
1924	196	55	49	72	5	38	51	18	484
1926	179	39	53	63	23	42	59	23	481
1928	166	49	35	46	10	36	46	38	426
1930	438	237	217	168	71	84	162	80	1457
1932	534	272	264	188	63	119	160	88	1688
1934	672	283	244	258	70	116	157	122	1922
1936	690	402	281	291	56	104	173	141	2138
1938	705	376	274	314	84	185	167	124	2229
Yhteensä	3848	1825	1494	1555	408	794	1070	663	11657
/1000as	0,77	0,35	0,39	0,26	0,20	0,22	0,19	0,17	0,32

Taulukko 6. Psykiatriseen sairaalahoitoon otettujen miesten ja naisten lukumäärä ja kotilääni vuosina 1920–1938. Ahvenanmaan ja Lapin lääni eivät ole tilastossa mukana. Yhteensä: tautitapausten summa lääneittäin /1000as= keskimääräinen psykiatristen laitospotilaiden määrä 1000 asukasta kohden seuranta-aikana (laskukaava: läänin vuosittaisten potilastapausten summa/ läänin vuosittaisten väkilukujen summa * 1000)

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)

Liite 9 Lääkärien määrä lääneittäin vuosina 1920–1938

Lääkärien määrä											
vuosi	Uusimaa	Turku-Pori	Häme	Viipuri	Mikkeli	Kuopio	Vaasa	Oulu	Ahvenan maa	Lappi	Koko maa
1920	257	77	70	94	26	42	54	38	4		662
1922	281	81	76	95	30	43	61	43	4		714
1924	296	92	76	117	27	42	67	47	4		768
1926	308	99	88	120	34	55	73	58	4		839
1928	349	103	89	136	37	65	84	58	5		926
1930	402	107	95	143	36	66	84	62	5		1000
1932	425	124	101	145	39	71	87	74	7		1073
1934	451	131	105	153	41	77	102	77	8		1145
1936	485	139	120	176	43	83	102	79	7		1234
1938	532	154	127	177	44	90	108	54	7	28	1321
yhteensä	3786	1107	947	1356	357	634	822	590	55	28	9682
/10 000as	7,571	2,151	2,482	2,234	1,740	1,718	1,439	1,480	1,947	2,088	2,698
Lääkäri tiheys	1321	4647	4028	4475	5745	5819	6945	6753	5135	4789	3706

Taulukko 7. Lääkärien määrän kehitys vuosittain ajanjaksolla 1920–1938.

yhteensä: läänissä kaikkien vuosien lääkärimäärän summa, lukua käytettiin laskettaessa keskimääräistä lääkärimäärää seurantajaksolla.

/10 000as: keskimääräinen lääkärien esiintymisluku seuranta-aika 10 000 asukasta kohden (laskukaava: läänin vuosittaisten lääkärien lukumäärän summa/ läänin vuosittaisten väkilukujen summa * 10 000)

Lääkäritiheys: asukkaiden määrä yhtä lääkäriä kohden, arvo on pyöristetty kokonaisluvuksi ja käytettiin tutkielman kaaviossa (laskukaava: 10 000/keskimääräinen esiintymisluku kymmentätuhatta asukasta kohden)

Lähde: Lääkintöhallituksen vuosikirjat 1920–1938. (39)